

Влияние различных социальных условий на механизмы формирования психосоматозов при опийной наркомании*

ОЛЕНКО Е.С.

ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней Саратовского государственного медицинского университета;

СКВОРЦОВ Ю.И.

к.м.н., доцент, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней Саратовского государственного медицинского университета;

ПАНЧЕНКО Л.Ф.

заслуженный деятель науки, действительный член РАМН, д.м.н., профессор, зав. биохимическим отделом Национального научного центра наркологии МЗ РФ, Москва.

Проведено исследование личностных особенностей, невротизации и тревожности у опийных наркоманов с внутренней патологией, находящихся в различных социальных условиях: отбывающих наказание в исправительно-трудовом учреждении (ИТУ), а также наблюдающихся в наркологическом диспансере и в условиях городской клинической больницы. Выявлено понижение уровней невротизации и тревожности у наркоманов, отбывающих наказание в ИТУ. Изучены механизмы психологической защиты у обследованных лиц с различным уровнем невротизации и тревожности. Показано преобладание психосоматического способа психологической защиты у опиоманов в ИТУ и наличие этого же механизма у наркоманов, страдающих заболеваниями, относящимися к классическим психосоматозам.

К настоящему времени накоплено значительное число работ, демонстрирующих влияние психоэмоциональных нарушений на генез таких распространенных заболеваний внутренних органов, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет, бронхиальная астма, эссенциальная артериальная гипертензия [5, 6, 8]. При пандемически распространенных наркоманиях, в частности при опийной зависимости, описаны, главным образом, изменения психики больных, при этом одни исследователи связывают их с воздействием социальной среды (А.М. Петрищев, С.М. Мостовой, 1981), а другие объясняют токсическим влиянием наркотика на центральную нервную систему [4, 7, 10, 15]. Основная же патология внутренних органов, диагностируемая у этих больных, — бактериальный эндокардит, абсцедирующая пневмония, вирусный гепатит — обусловлена эндогенным инфицированием, а психосоматические взаимосвязи при опийной наркомании не изучены. Между тем, целью настоящей работы явилось выяснение сочетанных изменений психики и функций внутренних органов в условиях хронического воздействия опиатов, что позволит, на наш взгляд, раскрыть механизмы, лежащие в основе зависимости на психическом и висцеральном уровне, и оптимизировать ее патогенетическое лечение.

Материал и методы

Обследовано 100 мужчин, больных опийной наркоманией, находящихся в различных социальных условиях. Средний возраст обследованных составил 25,89 ± 1,21 года, длительность наркотической зависимости 4,1 ± 0,9 года. Все обследованные наркоманы находились в постабстинентном состоянии, средний срок которого составил 6,79 ± 2,08 недели. На предварительном этапе все больные были освидетельствованы комиссией врачей-специалистов, включая психиатра-нарколога. Наряду с исследованием психологических особенностей личности, изучением жалоб, анамнеза, терапевтического и неврологического осмотра больных проводились электрокардиография,

ультразвуковое исследование внутренних органов, фиброгастроскопия, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, изучение общепринятого спектра клинко-биохимических показателей (общего анализа крови и мочи, уровней общего белка, белковых фракций крови, а также концентраций в крови мочевины, креатинина, билирубина, холестерина, фибриногена, -липопротеидов, тимоловой пробы, активности аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ). Проведенное клинко-биохимическое обследование дало возможность выявить ту или иную патологию внутренних органов и сформировать группы пациентов, однородных по клиническому состоянию, но различающихся по социальному окружению: больные, находящиеся на лечении в условиях городской клинической больницы и состоящие на диспансерном учете в городском наркологическом диспансере (50 чел. 1-я группа), и больные, отбывающие наказание в ИТУ (50 чел. — 2-я группа).

Исследование вида употребляемого опиата показало, что в 1-й группе 88,0% наркоманов потребляли героин и 12,0% — кустарно приготовленный опий, а во 2-й группе лиц, употребляющих героин и кустарный опий, было поровну. Способ введения наркотического средства во всех случаях был внутривенный.

Для изучения психологических особенностей личности пациентов использовался Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности — СМОЛ [3]. При оценке тревожности использовали метод Ч.Д. Спилберга [13], в модификации Ю.Л. Ханина [14], основным достоинством которого является возможность разграничения реактивной тревожности (динамического свойства) и личностной тревожности (устойчивой характеристики личности). Для диагностики невротических реакций применялась методика, разработанная К. Хексом и Х. Хессом (1978).

С целью выявления взаимосвязи и взаимозависимости между показателями шкал “невротической триады” (1, 2, 3), психастении (7) по СМОЛ, уровнями реактивной и личностной тревожности, невротизации у обследованных лиц проводился множественный регрессионный анализ полученных показателей с определением коэффициентов корреляции.

* Работа выполнена при поддержке гранта РФНФ № 01-06-00004а и № 01-06-00135а.

Результаты исследований и их обсуждение

При клиническо-биохимическом обследовании больных, находящихся на учете в наркологическом диспансере (группа 1, $n = 50$) и отбывающих наказание в ИТУ (группа 2, $n = 50$), выявлена существенная заболеваемость вирусным гепатитом (табл. 1).

Таблица 1

Частота заболеваемости гепатитом у больных опийной наркоманией, находящихся в ИТУ (группа 2) и вне мест лишения свободы (группа 1).

Заболевание		Группа 1 ($n = 50$)	Группа 2 ($n = 50$)
Гепатит	Всего больных гепатитом	26 (52%)	22 (44%) [#]
	Гепатит В	8 (30,8%)	12 (54,5%) [*]
	Гепатит С	5 (19,2%)	1 (4,5%) [#]
	Гепатит А	2 (7,7%)	3 (13,6%) [#]
	Гепатит В+С	9 (34,6%)	4 (18,2%) [#]
	Токсический	2 (7,7%)	3 (13,6%) [#]
Примечание. [#] — $P > 0,05$ при сравнении 1-й и 2-й групп; [*] — $P < 0,05$ при сравнении 1-й и 2-й групп.			

Анализ полученных данных показал статистически достоверное преобладание вирусных гепатитов над токсическим поражением печени в обеих группах, увеличение заболеваемости гепатитом В среди наркоманов, находящихся в ИТУ (2-я группа, $P < 0,05$). Анализ общей заболеваемости гепатитом в обследованных группах не выявил значимых статистических различий. Кроме того, при изучении коэффициентов корреляции между уровнем заболеваемости гепатитом и видом опиата (героин или кустарный опий) не было выявлено существенной зависимости.

Другие заболевания внутренних органов у обследованных распределились следующим образом (табл. 2).

Как видно из приведенных данных, язвенная болезнь желудка, сахарный диабет, туберкулез легких, бронхиальная астма зарегистрированы только у наркоманов, отбывающих наказание в ИТУ, а хронический бронхит, алиментарная дистрофия, анемия, язвенная болезнь 12-перстной кишки, пневмония, артериальная гипертензия, хронический гастрит и токсическое поражение миокарда встречаются в этой группе значительно чаще, чем у наркоманов 1-й группы. Очевидно, что ИТУ с его психогенно травмирующими факторами оказывает определенное влияние на формирование заболеваний внутренних органов, относящихся к “классическим психосоматозам”.

Анализ данных, полученных с помощью психологической методики СМОЛ (рис. 1), позволил установить, что у пациентов наркологического диспансера личностный профиль имеет пикообразное повышение по шкалам паранойальности (шкала 6), психозидности (шкала 8), это свидетельствует о ригидности мышления, негативизме, злопамятности, склонности к межличностным конфликтам. В настроении данных больных присутствует тревожно-мнительная депрессия. Коэффици-

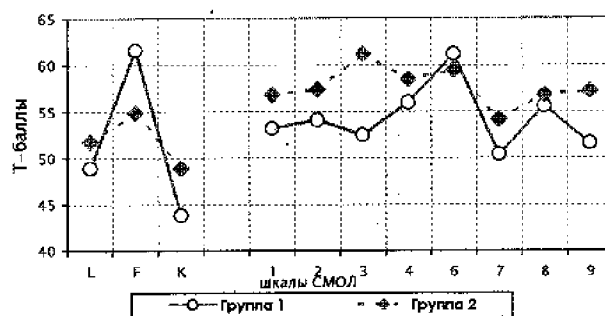


Рис. 1. Показатели шкал СМОЛ у больных опийной наркоманией с различной внутренней патологией, находящихся в наркологическом диспансере (группа 1) и в ИТУ (группа 2)

енты корреляции, вычисленные между показателями шкал “невротической триады” (1, 2, 3), психастении (шкала 7), паранойальности (шкала 6) и психозидности (шкала 8) в этой группе, выявили существование устойчивых связей между шкалами “невротической триады”, а также 6-й и 8-й шкалами, что подтверждает преобладание тревожно-депрессивных эмоций у данной категории обследованных.

Во 2-й группе больных (находящихся в ИТУ) наивысшими точками профиля являются показатели шкал истерии (3) и паранойальности (6). Данный профиль свидетельствует о выраженной дисгармоничности личности: наблюдаются неустойчивость эмоций и конфликтное сочетание разнонаправленных тенденций (повышенная агрессивность и стремление нравиться окружающим). В ситуации стресса защитный механизм у таких лиц формируется двояким образом: путем вытеснения из сознания негативной информации, которая является конфликтогенной или наносит урон личности, либо психологическая трево-

Таблица 2

Частота патологии внутренних органов у больных опийной наркоманией, находящихся в ИТУ (группа 2) и вне мест лишения свободы (группа 1).

Заболевание	Группа 1, $n = 50$ Кол-во (%)	Группа 2, $n = 50$ Кол-во %
Хронический бронхит	9 (18,0%)	14 (28,0%) [*]
Алиментарная дистрофия, анемия	1 (2,0%)	5 (10,0%) [*]
Язвенная болезнь желудка	—	4 (8,0%) ^{**}
Язвенная болезнь 12-перстной кишки	1 (2,0%)	9 (18,0%) [*]
Пневмония	3 (6,0%)	9 (18,0%) [*]
Хр. пиелонефрит	6 (12,0%)	4 (8,0%) [#]
Хр. гломерулонефрит	2 (4,0%)	3 (6,0%) [#]
Артериальная гипертензия	2 (4,0%)	6 (12,0%) [*]
Сахарный диабет (впервые выявленный)	—	6 (12,0%) ^{**}
Хронический гастрит	2 (4,0%)	4 (8,0%) [#]
Туберкулез легких	—	5 (10,0%) ^{**}
Сепсис	7 (14,0%) ^{**}	—
Вегетососудистая дистония	10 (20,0%)	3 (6,0%) [*]
Бронхиальная астма	—	3 (6,0%) ^{**}
Токсическое поражение миокарда	2 (4,0%)	7 (14,0%) ^{**}
Примечание. [#] — $P > 0,05$ при сравнении 1-ой и 2-ой групп; [*] — $P < 0,05$ при сравнении 1-й и 2-й групп; ^{**} — $P < 0,01$ при сравнении 1-й и 2-й групп.		

га трансформируется на органном уровне в функциональные нарушения. Эти механизмы, дополняя друг друга, создают почву для развития психосоматических расстройств. Наличие подобных механизмов психологической защиты у лиц в ситуации стресса были описаны Березиным Ф.Б., Мирошниковым М.П., Соколовой Е.Д. [2].

При изучении состояния реактивной и личностной тревожности у больных наркоманией были получены результаты, представленные в табл. 3.

Из приведенных данных видно, что у больных обеих групп выявлена достаточно высокая личностная тревожность, это приводит к расширению круга ситуаций, которые воспринимаются обследованными лицами как стрессовые. Анализ полученных данных показал преобладание лиц с высокой реактивной тревожностью среди наркоманов, наблюдающихся в городском диспансере (группа 1, $P < 0,05$).

Результаты изучения степени невротизации обследованных больных представлены в табл. 4. Данные показывают преобладание лиц с высокой невротизацией среди наркоманов 1-й группы, в сравнении с больными 2-й группы ($P < 0,001$).

Исходя из полученных результатов, можно предположить, что личности больных опийной наркоманией с различной внутренней патологией, находящиеся в ИТУ, характеризуются пониженным фоном настроения, низкой контактностью, выраженной внутренней дисгармоничностью и преимущественным психосоматическим механизмом психологической защиты. У них также наблюдается значительное снижение уровня невротизации и тревожности в момент исследования, а также тревожности как устойчивой личностной характеристики. Среди наркоманов, наблюдаемых в наркологическом диспансере (группа 1), выявлено преобладание больных с высоким уровнем тревожности (реактивной тревожности) и увеличение числа больных с истинными неврозами.

Таблица 3

Распределение обследованных больных по уровню значений реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ).

	Кол-во баллов	Группа 1, n = 50		Группа 2, n = 50	
		Кол-во	%	Кол-во	%
Реактивная тревожность	30	23	46,0%	27 [#]	54,0%
	31-45	17	34,0%	16 [#]	32,0%
	> 46	10	20,0%	7*	14,0%
Личностная тревожность	30	2*	4,0%	—	—
	31-45	24	48,0%	26 [#]	52,0%
	> 46	24	48,0%	24 [#]	48,0%

Примечание. [#] — $P > 0,05$ при сравнении 1-й и 2-й групп;
* — $P < 0,05$ при сравнении 1-й и 2-й групп.

Таблица 4

Распределение обследованных больных по степени невротизации.

Тест К. Хека и Х. Хесса	Кол-во баллов	Группа 1, n = 50		Группа 2, n = 50	
		Кол-во	%	Кол-во	%
	24	33	66%	43**	86%
	> 24	17	34%	7**	14%

Примечание. ** — $P < 0,01$ при сравнении 1-й и 2-й групп.

Полученные результаты позволяют предположить, что более низкий уровень тревожности и невротизации у больных, находящихся в ИТУ, где психогенно-травмирующих факторов для личности значительно больше, связан с ограничением способов психологической защиты в сравнении с больными, находящимися на свободе. Невротический способ психологической защиты здесь уступает место психосоматическому механизму “тушения” интрапсихического конфликта. По мнению В.С. Ротенберга и В.В. Аршавского (1984), психосоматические заболевания возникают в первую очередь у лиц, которые в силу своих особенностей или социальных факторов не могут позволить себе невротический тип защитной реакции, что, видимо, характерно для пребывания в условиях ИТУ.

Множественный регрессионный анализ выявил линейную зависимость значений шкалы психастении (7) от шкал “невротической триады”, что дает возможность по показателям последних прогнозировать наличие в структуре личности психастенического радикала (7) с достоверностью 99% ($P < 0,01$). Кроме того, между показателями шкал “невротической триады” (1, 2, 3), психастении (7), с одной стороны, а также реактивной личностной тревожностью и уровнем невротизации — с другой, существуют выраженные корреляционные связи. С помощью пошаговой регрессии было установлено, что наиболее информативной для определения механизма психологической защиты являются показатели шкалы депрессии (2) по СМОЛ, так как при вытеснении тревоги происходит одновременное понижение количества баллов по 7-й и 2-й шкалам, с формированием “конверсионной пятерки” в левой части профиля: сочетание высоких показателей 1-й и 3-й шкал с относительно низкой 2-й шкалой напоминает римскую цифру “V”. Описано, что при формировании “конверсионной пятерки” происходит уменьшение депрессии, а невротическая тревога трансформируется в функциональные соматические расстройства [12, 2].

Таким образом, можно заключить, что наличие в профиле личности “конверсионной пятерки” и низких показателей по шкале психастении (7) способствует переработке интрапсихического конфликта в психосоматическую патологию. Очевидно, наиболее полное вытеснение тревоги (как ключевого фактора запуска психосоматозов) происходит при ее соматизации (повышение баллов 1-й шкалы) с последующим формированием демонстративного поведения (повышение по 3-й шкале) при наличии конвенциональности (снижение по 4-й шкале) и сохранении определенного уровня активности (отсутствие снижения по 9-й шкале — гипомании).

Кроме того, повышение показателей шкал “невротической триады”, особенно шкалы депрессии (2) с одновременным повышением по шкале психастении (7), говорит о тревожно-депрессивном состоянии, способствующем невротизации [2].

Как показали проведенные исследования, с помощью методики СМОЛ можно выявить у опийных наркоманов, находящихся в постабстинентном периоде, наличие двух важнейших механизмов психологической защиты: невротического и психосоматического.

Для уточнения механизмов психологической защиты все больные были разделены по степени невротизации на три группы: имеющие степень невротизации от 1 — 14 баллов; от 14 — 24 баллов и более 24 баллов, последнее соответствует истинному невротическому состоянию (рис. 2 и 3).

Как следует из приведенных на рисунках результатов, при низких значениях невротизации (менее 24 баллов) шка-

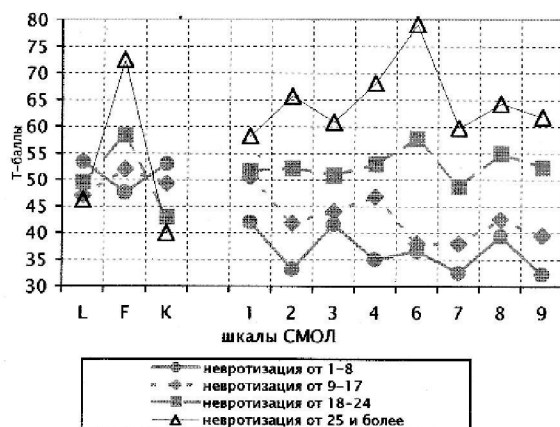


Рис. 2. Показатели шкал СМОЛ в зависимости от степени невротизации у больных наркоманией в наркологическом диспансере (группа 1)
Примечание. ** - $P < 0,01$ при сравнении 1-й и 2-й групп.

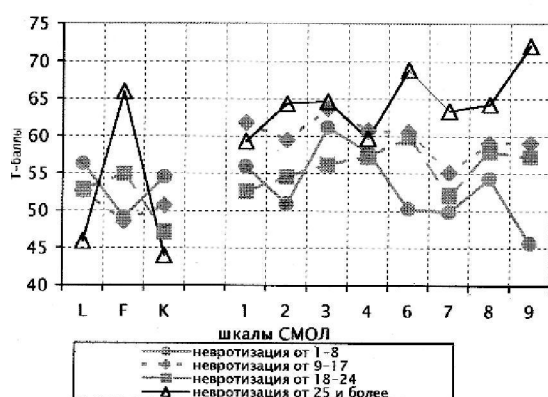


Рис. 3. Показатели шкал СМОЛ в зависимости от степени невротизации у больных наркоманией, находящихся в ИТУ (группа 2)

лы “невротической триады” в обеих группах складываются в “конверсионную пятерку” с одновременным понижением данных шкалы психастении (7), что проявляется снижением уровня депрессии и устранением невротической тревоги вследствие соматизации жалоб, а также демонстративного поведения. При истинном невротическом состоянии отме-

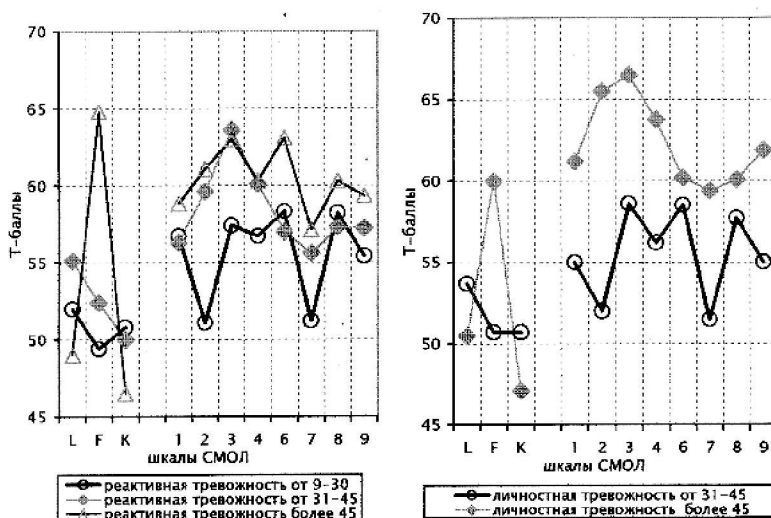


Рис. 4. Изучение личностных особенностей опийных наркоманов, находящихся в ИТУ (группа 2) в зависимости от уровня реактивной и личностной тревожности.

чается возрастание профилей, в основном за счет шкал депрессии (2), паранойальности (6), психастении (7), а среди наркоманов в ИТУ (группа 2, рис. 3) — за счет показателей гипомании (9) ($P = 0,01$). Можно заключить, что отсутствие невротических состояний определяется среди тех больных, у которых преобладает психосоматический вариант психологической защиты, из-за чего происходит вытеснение повышенной тревоги и невротизации. Для подтверждения данного вывода методом множественных сравнений Шеффе было выявлено преобладание психосоматического варианта психологической защиты у пациентов, находящихся в ИТУ ($P < 0,01$).

Из сказанного следует, что у больных, находящихся в ИТУ, уменьшение невротизации связано с преобладанием психосоматического варианта психологической защиты.

При изучении механизмов психологической защиты в зависимости от уровня реактивной и личностной тревожности все больные были разделены на три группы: имеющие показатели невротизации до 30 баллов; от 31—45 баллов и более 46 баллов — показатели двух последних групп соответствуют умеренной и высокой тревожности (рис. 4 и 5).

Как видно из приведенных рисунков, при низкой реактивной и личностной тревожности (до 30 баллов) шкалы “невротической триады” складываются в “конверсионную пятерку” с одновременным понижением показателей по шкале психастении (7), что выявляет психосоматический вариант психологической защиты у лиц с низкой тревожностью, независимо от социальной среды.

На основании приведенных данных можно предположить, что снижение невротизации и высокой тревожности у наркоманов, отбывающих наказание в ИТУ, связано с преобладанием механизма психологической защиты, преимущественно, по психосоматическому варианту.

Полученные данные подтверждаются изучением механизмов психологической защиты по СМОЛ у опийных наркоманов, имеющих заболевания, относящиеся к “классическим психосоматозам” в сравнении с наркоманами, страдающими различной внутренней патологией (рис. 6).

Обнаружено, что усредненный профиль больных с изолированными психосоматозами имеет вид, характерный для психосоматической предрасположенности (повышение значений 1-й и 3-й шкал при относительно низких показателях по 2-й и 7-й шкалам), что доказывает наличие психосоматозов как механизма психологической защиты.

Выводы

1. В постабстинентном периоде опийной наркомании у больных, пребывающих в ИТУ, наблюдается значительное увеличение патологии внутренних органов, относящейся к “классическим психосоматозам”, по сравнению с наркоманами, находящимися на свободе.

2. Среди больных в ИТУ, сравнительно с наркоманами на свободе, отмечено уменьшение числа лиц с истинными невротозами и высокой тревожностью, что связано с развитием психосоматического механизма трансформации интрапсихического конфликта и преобладание этого способа психологической защиты.

Список литературы

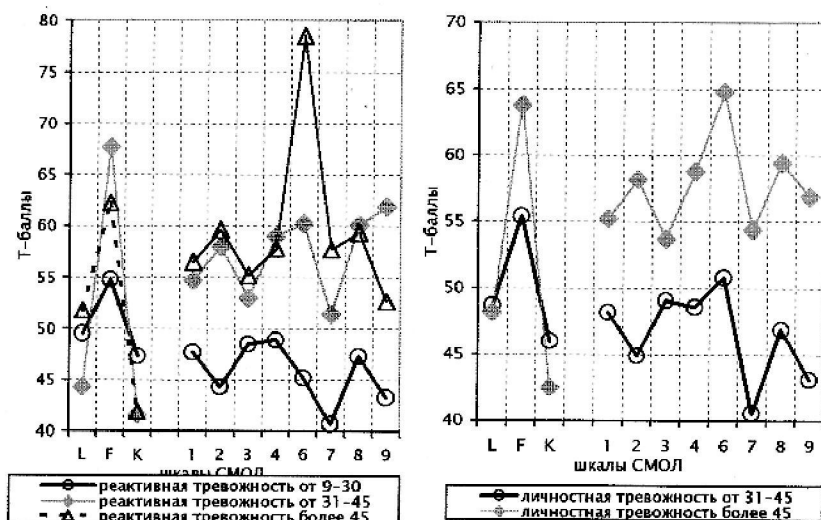


Рис. 5. Изучение личностных особенностей у опийных наркоманов, находящихся на свободе (группа 1) в зависимости от уровня реактивной и личностной тревожности

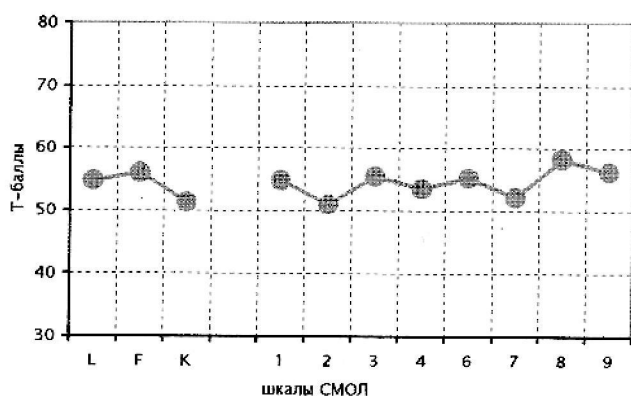


Рис. 6. Усредненный профиль шкал СМОЛ у наркоманов, имеющих заболевания внутренних органов, относящиеся к "классическим психосоматозам"

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П. Русский модифицированный вариант теста ММРІ и его применение в психиатрической практике. — М.: Медицина, 1969. — 337 с.
2. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности. — М.: Фолиум, 1994. — 176 с.
3. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психологический журнал. — 1981. — № 3. — С. 118—123.
4. Ланда А.Н. Некоторые вопросы изучения личности и познавательных функций у больных опийной наркоманией // Некоторые проблемы наркологии и токсикологии. — М., 1989. — С. 102—110.
5. Любан-Плоцка Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. — СПб., 1994. — 245 с.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. — М.: "МЕД пресс", 1999. — 592 с.
7. Михайлов М.А. Психопатология опийной интоксикации // Вопр. наркол. — 1992. — № 1. — С. 21—28.
8. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. — М.: Мел., 1996. — 464 с.
9. Рохлина М.Л. Соматические нарушения при наркоманиях // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики: Тезисы докл. на Пленуме правл. — Челябинск, 1990. — С. 225—227.
10. Рохлина М.Л., Киткина Т.А., Благов Л.Н. Психические расстройства у больных, злоупотребляющих самодельными опиатами // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1996. — Вып. 96, № 4. — С. 42—45.
11. Рохлина М.Л., Козлов А.А., Каплан И.Я. Клинико-социальные последствия наркоманий // Вопросы наркологии. — 1998. — № 1. — С. 11—20.
12. Собчик Л.Н. Пособие по применению психологической методики ММРІ. — М., 1971. — 63 с.
13. Спилбергер Ч.Д. Концептуальные и методические проблемы исследования тревоги // Стресс и тревога в спорте. Международный сборник научных статей / Сост. Ю.Л. Ханин. — М.: ФиС, 1983. — С. 12—24.
14. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. — Л.: ЛНИИ ФК, 1976. — 18 с.
15. Mukherjee R., Nayar P. A comparative study of personality of drug addicts and nonaddicts // Everymans Sci. — 1998. — Vol. 32, № 4. — P. 174—176.

INFLUENCE OF SOCIAL CONDITIONS ON FORMING MECHANISMS OF PSYCHOSOMATOSIS IN OPIATE ABUSERS*

OLENCO E.S. assistant of Propedeutical Therapy Department of State medical University, Saratov
 SKVORTSOV YU.I. cand.med.sci., Head of Department of State medical University, Saratov
 PANCHENKO L.PH. Academician, RAMS. Professor, Head of biochemistry Department, National Research Centre of Narcology, Moscow

Research of personal features, neurotisation and anxiety in opiate abusers was performed. Two main groups of examined persons differed by social media: the first was observed in the city narcological center (50 p.), the second one presented imprisons (50 p.). In the second group more low levels of neurotisation and anxiety were obtained. Upon base of data obtained predominance of psychosomatic way of psychological protection in abusers in jail was discovered. The same mechanism in opiate abusers sacked with classic psychosomatoses was clean up. Bibl. 15.

* Work supported by Grant of Russian humanitarian scientific foundation