

7. Пальчун В.Т. Современные методы реабилитации больных с вестибулярными расстройствами / В.Т. Пальчун // Вестник оториноларингологии. - 2004. - № 2. - С. 4-8.
8. Тронько М.Д. Гендерні та статеві особливості цукрового діабету / М. Д. Тронько // — К.: РІА. Триумф, 2008. — 208 с.
9. Тронько М.Д. Епідеміологія цукрового діабету в Україні / М.Д. Тронько // Медицинская газета «Здоровье Украины». - Київ. - 2005. - N127.
10. Agrawal Y. Diabetes, Vestibular Dysfunction, and Falls: Analyses From the National Health and Nutrition Examination Survey / Y Agrawal, JP Carey, CC Della Santina // Otol Neurotol. - 2010. - Sep 17.

//////Реферати//////

**ОСОБЕННОСТИ ВОЗРАСТНОГО СОСТАВА И РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ НА ЦД С ЦЕНТРАЛЬНЫМ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ВЕСТИБУЛЯРНЫМ СИНДРОМОМ**

**Деева Ю.В., Васильев В.М.**

Проведенные исследования свидетельствуют о наличии соответствия возраста больных и распространенностью осложнений. Возникновение наибольшего количества центральных и периферических вестибулярных осложнений наблюдается у больных с 2 типом сахарного диабета и приходится на возрастную группу от 35 до 50 лет, что свидетельствует о необходимости более широкого привлечения оториноларингологов к обследованию больных с сахарным диабетом с целью сохранения их трудовой активности и улучшения качества жизни.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, вестибулярный аппарат, осложнения.

Стаття надійшла 5.08.2011 р.

**FEATURES OF AGE-DEPENDENT COMPOSITION AND DEVELOPMENT OF COMPLICATIONS FOR PATIENTS ON CD WITH A CENTRAL AND PERIPHERAL VESTIBULAR SYNDROME**

**Deeva Yu.V., Vasil'ev V.M.**

The conducted researches testify to the presence of accordance of age of patients and by prevalence of complications. The origin of most of central and peripheral vestibular complications is observed for patients with 2 types of saccharine diabetes and is on an age-dependent group from 35 to 50, that testifies to the necessity of more wide bringing in of otholaryngologists to the inspection of patients with saccharine diabetes with the purpose of maintainance of them labour activity and improvement of quality of life.

**Keywords:** saccharine diabetes, vestibular apparatus, complication.

УДК: 616.89-008.441.13:362.147-036.22

//////О.В. Друк, Головинні військово-медичний клінічний центр "ГВКУ", м. Київ//////

**ВЗАЄМИНИ ПРЕМОРБІДНОЇ АФЕКТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ ТА ІНШИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В АНАМНЕЗІ ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ОПОЇДІВ**

Методом структурованого інтерв'ю респондентів та їхніх матерів досліджено преморбідний (відносно формування опіоманії) анамнез 270 хворих, залежних від опіодів, і 270 осіб без ознак будь-якої залежності. Здійснено кроскореляційний аналіз одержаних даних. Встановлено, що афективний стан осіб, схильних до наркотизації, (у порівнянні з особами без такої схильності) є більш чутливим: до шкідливостей перинатального періоду; до умов виховання; а також до фактору обтяженості родинного анамнезу психічними та поведінковими розладами. Показано, що середній рівень матеріально-побутового забезпечення – є безумовно протективним фактором, як відносно можливості формування станів залежності, так і відносно інших розладів психічного здоров'я.

**Ключові слова:** залежність від опіодів, анамнез, афективні розлади, фактори ризику, кореляції.

*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).*

Раніше нами [5] було показано, що наявність розладів психоневрологічного профілю у батьків, істотно впливає на ризик формування залежності від опіодів у їхніх дітей. Існує також величезна світова література щодо інших факторів ризику формування цього захворювання. Так, наприклад, відомо, що із станами залежності тісно пов'язані афективні розлади [3, 4, 11, 13, 14, 25, 28]. Ці розлади, з одного боку, створюють додаткову мотивацію до вживання психоактивних речовин (ПАР), а з іншого боку - сформований патологічний потяг до них закономірно призводить до афективних розладів [2, 6, 12, 15, 16, 20, 24]. Емоційна нестійкість, депресивні і тривожно-параноїдні переживання у стані відміни, ейфоричні переживання у стані інтоксикації – усі ці феномени емоційного життя не раз описувалися серед основних проявів залежності від ПАР [17, 26].

Доведена наявність спільної генетичної основи у афективних розладів та станів залежності від ПАР [18, 23], а також подібність механізмів прийняття рішень особами, що знаходяться у зазначених патологічних станах [22].

При цьому, дані про взаємини афективних розладів та інших факторів ризику формування залежності від ПАР є дуже фрагментарними. Між тим, визначення цих взаємин має не тільки академічний інтерес, оскільки від цього безпосередньо залежить терапевтична тактика [6, 10].

Потенційно цінну інформацію, щодо встановлення зв'язків поміж афективним станом хворих із залежністю від психоактивних речовин в їхньому наркотичному преморбіді, а також іншими факторами ризику формування залежності від ПАР можна було б одержати шляхом ретельного вивчення їхнього анамнезу з подальшим кроскореляційним аналізом одержаних даних.

**Метою** роботи була ретроспективна оцінка взаємин преморбідної афективної симптоматики та інших факторів ризику адиктивної поведінки в анамнезі осіб, залежних від опіоїдів.

**Матеріал та методи дослідження.** Методом структурованого інтерв'ю респондентів та їхніх матерів [8] 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, які за діагностичними критеріями МКХ-10 [19] свідчили про наявність перенесених депресивних епізодів різного ступеню важкості, а також інших можливих афективних розладів. В подальшому здійснювали кроскореляційний аналіз зазначених даних про преморбідний афективний статус, разом із численними іншими факторами ризику формування станів залежності від ПАР, визначеними нами на попередніх етапах [5]. Обробку одержаних даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний та кластерний аналізи) на ПЕОМ за допомогою програм SPSS та "Excel" з пакету "Microsoft Office 2003"[7].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Було здійснено своєрідний "кореляційний скринінг", тобто пошук статистично значущих коефіцієнтів кореляції Спірмена в кореляційній діагональній матриці, побудованій за допомогою пакету "Аналіз даних" з розрахункових таблиць "Excel" програмного пакету "MS Office 2003"[7]. Діагональна матриця мала розміри 88 рядків на 88 стовпчиків (за кількістю показників, що вивчались) і містила у собі, таким чином, інформацію (коефіцієнти кореляції) про 3828 неповторних зв'язків. Окремо визначались: взаємозв'язки поміж симптомами депресивного кола в анамнезі респондентів та іншими потенційними факторами ризику-антиризиків залежності від опіоїдів, а також поміж самими зазначеними факторами ризику-антиризиків. При цьому при аналізі взаємозв'язків поміж факторами ризику-антиризиків залежності від опіоїдів до уваги брались лише ті зв'язки, що мали достовірність коефіцієнтів кореляції не менше  $p < 0,01$ . Щодо зв'язків поміж симптомами депресивного кола в анамнезі респондентів та іншими потенційними факторами ризику-антиризиків залежності від опіоїдів, то таких (високо достовірних) коефіцієнтів кореляції серед них знайдено не було, тому для них використовувався мінімально припустимий в медико-біологічних дослідженнях поріг достовірності  $p < 0,05$ . Навіть при такому порозі достовірності, кількість значущих корелятивних зв'язків поміж симптомами депресивного кола в анамнезі респондентів та іншими потенційними факторами ризику-антиризиків залежності від опіоїдів була незначною, тому нижче (табл. 1) наведено лише ті рядки і стовпчики фрагменту діагональної кореляційної матриці, які містили у собі хоча б один такий, достовірний коефіцієнт кореляції. Було встановлено (табл. 1), що особи основної групи схильні більш песимістично дивитись на своє минуле. Так, у них виявились прямі достовірні кореляційні зв'язки поміж поточним віком і такими анамнестичними симптомами депресії, як зниження самооцінки ( $r = +0,14$  при  $p < 0,05$ ) загальмованість / ажитація ( $r = +0,17$  при  $p < 0,05$ ) та зміни апетиту ( $r = +0,15$  при  $p < 0,05$ ), чого не було у членів контрольної групи. На відміну від цього, тільки у членів контрольної групи незакінчена середня освіта прямо і достовірно корелювала зі зниженням самооцінки ( $r = +0,14$  при  $p < 0,05$ ) та почуттям провини ( $r = +0,14$  при  $p < 0,05$ ) в анамнезі, чого не було у членів основної групи. Спільними, універсальними зв'язками (за ознакою напрямку і достовірності) для обох груп порівняння серед них виявились лише два, а саме: позитивний - між наявністю психічної травми, одержаної у дитячому віці, у вигляді розлучення батьків, з одного боку, і відчуттям провини, як симптому депресивного кола ( $r = +0,14$   $r = +0,15$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,05$ ), а також негативний – між відмінною успішністю у шкільному навчанні і зниженням самооцінки ( $r = -0,14$   $r = -0,13$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,05$ ).

Решта статистично значущих зв'язків, виявилась специфічною для кожної з груп порівняння. Так, наприклад, в контрольній групі пригнічений настрій прямо корелював з наявністю психічних та поведінкових розладів у сибсів ( $r = +0,14$  при  $p < 0,05$ ), чого не було в основній групі. Можливо, так - вже в преморбіді - проявляє себе відома егоїстичність осіб, схильних до наркотизації, їхня байдужість до чужих страждань. Цілком очікуваний зворотній кореляційний зв'язок (хоча і на межі достовірності) спостерігався в основній групі поміж пригніченим настроєм і вихованням у повній родині ( $r = -0,13$  при  $p < 0,05$ ). Щодо контрольної групи, то в ній цей зв'язок також був негативним, але був настільки слабким, що знаходився вже за межами статистичної значущості. І навпаки, розлучення батьків у членів основної групи, прямо і достовірно корелює з пригніченим настроєм ( $r = +0,15$  при  $p < 0,05$ ), в той час, як у членів контрольної групи цей зв'язок був недостовірним. Останні два спостереження вказують на те, що особи, схильні до наркотизації є більш чутливими, більш вразливими і вимогливими щодо умов виховання і психоемоційної атмосфери у родині батьків, ніж особи без такої схильності.

Зниження інтересу до діяльності і можливості одержати задоволення від неї у членів основної групи прямо і достовірно корелювало із наявністю патології вагітності та ускладненнями пологів (шифр за МКХ-10: O10-O99) ( $r = +0,17$  при  $p < 0,05$ ) і, відповідно, негативно корелювало з нормальною вагітністю і пологами ( $r = -0,17$  при  $p < 0,05$ ), при

чому у членів контрольної групи подібних достовірних зв'язків виявити не вдалося. Це, знову ж таки, вказує на особливу вразливість осіб, схильних до наркотизації, до різноманітних шкідливих екзогенних чинників, у порівнянні із особами без схильності до станів залежності. Окрім того, зазначені вище зв'язки свідчать на користь теорії І.К.Сосіна - А.П.Артемчука [1] про коморбідизм в генезі і в клінічному розвитку станів залежності, про наявність "злочасного перинатального сліду" в анамнезі переважної більшості пацієнтів наркологічного профілю.

Таблиця 1

**Коефіцієнти кореляції між симптомами депресивного кола в анамнезі та потенційними факторами ризику-антиризиком залежності від опіоїдів у осіб приналежних до різних груп порівняння**

| Потенційні фактори ризику-антиризиком залежності від опіоїдів | Коефіцієнти кореляції з симптомами депресивного кола в анамнезі ** |        |       |        |       |        |       |        |       |        |       |        |       |        |       |        |       |        |       |        |
|---|--|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
|   | B1*  |        | B2*   |        | B3*   |        | B1*   |        | B2*   |        | B3*   |        | B4*   |        | B5*   |        | B6*   |        | B7*   |        |
|   | Осн.   | Контр. | Осн.  | Контр. | Осн.  | Контр. | Осн.  | Контр. | Осн.  | Контр. | Осн.  | Контр. | Осн.  | Контр. | Осн.  | Контр. | Осн.  | Контр. | Осн.  | Контр. |
| Вік   | -0,07  | 0,00   | 0,04  | -0,01  | -0,05 | 0,07   | 0,14  | -0,06  | 0,02  | 0,05   | 0,11  | 0,04   | 0,04  | 0,03   | 0,17  | -0,04  | 0,09  | -0,05  | 0,15  | -0,03  |
| Освіта: незакінчена середня                                   | 0,01   | -0,09  | 0,01  | 0,12   | 0,05  | 0,05   | 0,04  | 0,14   | -0,01 | 0,14   | 0,04  | -0,02  | 0,00  | -0,05  | 0,03  | 0,01   | -0,04 | -0,01  | -0,04 | 0,10   |
| Наявність психічних розладів у сибсів                         | -0,08  | 0,14   | 0,07  | 0,02   | 0,09  | 0,07   | 0,05  | 0,06   | -0,03 | 0,07   | -0,09 | 0,06   | 0,03  | 0,11   | -0,03 | -0,07  | 0,05  | -0,04  | -0,02 | -0,05  |
| Спадкова обтяженість: на епілепсію (G40-G41)                  | -0,04  | 0,00   | 0,00  | -0,01  | 0,10  | 0,03   | -0,02 | -0,05  | -0,13 | -0,09  | 0,07  | 0,04   | 0,08  | 0,10   | 0,00  | -0,05  | -0,06 | -0,04  | 0,01  | -0,04  |
| Спадк. обтяж.: на розл. зрілої особистості (F60-F69)          | -0,07  | 0,06   | 0,02  | 0,03   | 0,09  | 0,13   | -0,07 | 0,04   | 0,01  | 0,10   | -0,02 | 0,12   | 0,20  | -0,09  | -0,07 | -0,11  | -0,06 | -0,03  | 0,01  | 0,01   |
| Нормальна вагітність і пологи                                 | -0,02  | -0,04  | -0,17 | -0,06  | -0,01 | -0,10  | 0,08  | 0,08   | -0,01 | 0,08   | -0,01 | 0,03   | -0,15 | -0,12  | 0,02  | -0,06  | 0,04  | -0,12  | -0,12 | 0,02   |
| Патолог. вагітність й усклад. пологи (O10-O99)                | 0,02   | 0,04   | 0,17  | 0,06   | 0,01  | 0,10   | -0,08 | -0,08  | 0,01  | -0,08  | 0,01  | -0,03  | 0,15  | 0,12   | -0,02 | 0,06   | -0,04 | 0,12   | -0,12 | -0,02  |
| Якою дитиною народився: одним з середніх                      | -0,02  | 0,03   | -0,02 | -0,09  | 0,05  | -0,01  | 0,16  | 0,12   | 0,03  | -0,11  | -0,06 | -0,02  | -0,05 | -0,06  | 0,07  | -0,03  | 0,02  | -0,01  | 0,06  | 0,06   |
| Умови виховання у дитинстві: у повній родині                  | -0,13  | -0,08  | 0,05  | 0,01   | -0,14 | -0,08  | -0,02 | -0,05  | -0,02 | 0,05   | -0,04 | -0,12  | -0,08 | 0,01   | -0,02 | -0,08  | 0,03  | -0,02  | 0,05  | -0,02  |
| Умови виховання у дитинстві: у родині без матері              | 0,08   | 0,12   | 0,05  | 0,05   | 0,12  | 0,02   | 0,01  | 0,07   | 0,02  | -0,03  | -0,03 | 0,08   | 0,12  | 0,15   | -0,05 | 0,06   | -0,02 | 0,12   | 0,04  | 0,09   |
| Психічні травми дитячого віку: конфлікти в родині             | 0,00   | 0,04   | -0,01 | -0,05  | 0,03  | 0,04   | 0,16  | 0,12   | -0,05 | -0,10  | -0,06 | 0,00   | -0,07 | 0,00   | -0,01 | 0,02   | -0,03 | -0,05  | 0,05  | -0,03  |
| Психічні травми дитячого віку: розлучення батьків             | 0,15   | 0,06   | -0,03 | -0,03  | 0,04  | -0,09  | 0,00  | -0,01  | 0,14  | 0,13   | 0,01  | -0,04  | 0,17  | -0,04  | 0,08  | -0,06  | 0,04  | 0,00   | 0,02  | 0,02   |
| Неврози дитячого віку: істеричні реакції                      | 0,03   | 0,01   | -0,02 | -0,03  | 0,14  | 0,10   | 0,06  | 0,04   | -0,04 | -0,07  | -0,01 | 0,05   | 0,10  | 0,09   | -0,03 | -0,04  | 0,01  | -0,01  | -0,02 | 0,10   |
| Характер віднос. з одноліт. в шкільн. віці: підкорення        | 0,07   | 0,07   | 0,05  | -0,03  | -0,04 | -0,06  | 0,00  | -0,06  | 0,11  | 0,07   | -0,01 | 0,00   | 0,07  | -0,01  | 0,13  | 0,00   | 0,01  | 0,05   | -0,02 | -0,08  |
| Успішність у шкільному навчанні: відмінна                     | -0,03  | 0,05   | -0,07 | -0,11  | -0,05 | -0,08  | -0,13 | -0,14  | -0,04 | -0,07  | 0,13  | 0,04   | -0,02 | -0,03  | 0,01  | -0,04  | -0,03 | 0,03   | 0,07  | -0,01  |
| Антропометрія: окружність грудної клітки: 80-90 см            | -0,02  | -0,07  | -0,04 | -0,02  | 0,08  | 0,00   | 0,06  | 0,04   | -0,08 | -0,03  | 0,03  | 0,07   | 0,03  | -0,02  | 0,10  | 0,10   | 0,14  | 0,11   | 0,08  | 0,12   |
| Родинний стан: одружений два рази або більше                  | -0,04  | -0,01  | -0,06 | -0,06  | 0,01  | 0,02   | 0,07  | 0,02   | -0,05 | -0,05  | 0,14  | 0,09   | -0,04 | -0,03  | 0,16  | 0,09   | 0,08  | 0,02   | -0,04 | -0,03  |

Умовні позначення: \* -B1 - Пригнічення настроїв ; B2 - Зниження інтересу до діяльності і задоволення від неї; B3 - Зниження енергії, стомлюваність; B4 - Зниження самооцінки; B5 - Почуття провини; B6 - Думки про смерті; B7 - Труднощі зосередження; B8 - Загальмованість / ажитация; B9 - Порушення сну; B10 - Зміни апетиту.  
 \*\*.-Достовірні (p<0,05) коефіцієнти кореляції виділено заливкою сірого (позитивні) або чорного (негативні) кольору.

Астенія, зниження енергії, стомлюваність в анамнезі членів контрольної групи асоціювалась із спадковою обтяженістю родинного анамнезу розладами зрілої особистості та поведінки у дорослих (F60-F69) ( $r = +0,13$  при  $p < 0,05$ ), в той час, як у членів основної групи такого зв'язку не було. Як і в разі результатів аналізу зв'язків пригніченого настрою з умовами виховання, слід констатувати, що повна родина перешкоджає у членів основної

групи формуванню астеничних станів ( $r = -0,14$  при  $p < 0,05$ ), а от у членів контрольної групи цей зв'язок виражений настільки слабо, що не досягає рівня статистичної значущості. Іншою ознакою, що супроводжує членів основної групи, зниження енергії та стомлюваність є наявність істеричних реакцій ( $r = +0,14$  при  $p < 0,05$ ). Це також специфічний для осіб схильних до наркотизації зв'язок, бо у осіб без такої схильності, аналогічна взаємозалежність в анамнезі відсутня. У членів основної групи спостерігався істотний і прямий кореляційний зв'язок між зниженням самооцінки і фактом народження середньою дитиною ( $r = +0,16$  при  $p < 0,05$ ), а також наявністю психічних травм дитячого віку у вигляді конфліктних відносин поміж батьками ( $r = +0,13$  при  $p < 0,05$ ). Те, що подібні зв'язки були притаманні лише членам основної групи, зайвий раз свідчить про особливу чутливість осіб, схильних до наркотизації (у порівнянні із особами без такої схильності), по відношенню до різноманітних чинників.

Цікавою є наступна взаємозалежність: у членів основної групи встановлено зворотній зв'язок між спадковою обтяженістю епілепсією (шифр за МКХ-10: G40-G41) і почуттям провини ( $r = -0,13$  при  $p < 0,05$ ), який в групі осіб без ознак залежності є набагато слабкішим і тому – недостовірним. Погрозливим симптомом депресії є думки про смерть, які можуть призвести особу до суїциду. Аналіз зв'язків цього симптому з іншими обставинами дозволив встановити, що у членів основної групи ці думки достовірно і прямо корелюють з відмінною успішністю у шкільному навчанні у дитячому віці ( $r = +0,13$  при  $p < 0,05$ ) та з одруженням два або більше разів у дорослому віці ( $r = +0,14$  при  $p < 0,05$ ), при цьому у членів контрольної групи відповідні кореляції були значно слабшими і недостовірними. Значні відмінності поміж групами порівняння припадають на зв'язки поміж таким симптомом депресії, як труднощі зосередження, та іншими факторами, які розглядалися. Так, у членів основної групи спостерігалась лише одна достовірна кореляція цього симптому з зазначеними факторами, а саме пряма кореляція з психічною травмою дитячого віку у вигляді розлучення батьків ( $r = +0,17$  при  $p < 0,05$ ), в той час як у членів контрольної групи було визначено три відповідних прямих кореляційних зв'язків – з спадковою обтяженістю розладами зрілої особистості та поведінки у дорослих (F60-F69) ( $r = +0,20$  при  $p < 0,05$ ), з патологічною вагітністю й ускладненням пологів (шифр за МКХ-10: O10-O99), в яких народився респондент ( $r = +0,15$  при  $p < 0,05$ ) та з вихованням у неповній (без матері) родині ( $r = +0,15$  при  $p < 0,05$ ), - а також ще один негативний кореляційний зв'язок - як "дзеркальне відображення" – з нормальною вагітністю та пологами в яких народився респондент ( $r = -0,15$  при  $p < 0,05$ ). На цьому тлі цілком доцільною постає наступна пряма взаємозалежність - між схильністю осіб основної групи підкорятися у взаєминах з однолітками у шкільному віці, з одного боку, і їхньою загальмованістю (або ажитацією) з іншого ( $r = +0,13$  при  $p < 0,05$ ) – бо особа з такими особистісними особливостями стає легкою "здобиччю" своїх більш врівноважених однолітків.

Окрім того, у членів основної групи, на відміну від членів групи контрольної, спостерігався достовірний прямий зв'язок поміж загальмованістю (або ажитацією) та одруженням два або більше разів ( $r = +0,16$  при  $p < 0,05$ ). Нестійкість шлюбів, які утворюють схильні до наркотизації особи добре відома. А зазначені особистісні риси лише підсилюють цей ефект. Нарешті, порушення сну, у осіб з основної групи (але не у членів контрольної), достовірно асоціювались з вузькою (окружність 80-90 см) грудною клітиною ( $r = +0,16$  при  $p < 0,05$ ), що є відбиттям відомої схильності до наркотизації осіб з грудним грацильним соматотипом.

Однак, достовірні зв'язки існують не лише поміж симптомами депресивного кола та інших потенційних факторів ризику-антиризиків залежності від опіоїдів, але і поміж самими факторами зазначеного ризику-антиризиків. Серед 2592 неповторних зв'язків виявлено 74 достовірні кореляції в основній групі і 75 достовірних кореляцій – в контрольній групі (табл. 2). Так, відсутність в особистому анамнезі служби в армії прямо і достовірно асоціювалась з наявністю психічних та поведінкових розладів у їхніх матерів ( $r = +0,22$  та  $r = +0,29$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ) та у їхніх батьків ( $r = +0,37$  та  $r = +0,30$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ), однак в останньому випадку цей зв'язок є більш міцним, при чому в основній групі більше ніж в контрольній. А от пряма асоціація відсутності в особистому анамнезі служби в армії з наявністю психічних та поведінкових розладів у їхніх сибсів виявилась достовірною лише у членів контрольної групи ( $r = +0,21$  при  $p < 0,01$ ). Те ж саме стосується прямої залежності сімейного стану респондентів (а саме, частоти розлучень в їхніх родинях) і наявністю психічних та поведінкових розладів у їхніх сибсів. Така залежність виявилась достовірною тільки у членів контрольної групи ( $r = +0,24$  при  $p < 0,01$ ).

Як було зазначено вище важливими факторами ризику-антиризиків залежності від опіоїдів є обтяженість родинного анамнезу психічними та поведінковими розладами. При цьому, безумовний інтерес викликають взаємини поміж ними, оскільки по-справжньому цінними факторами є взаємозалежні ознаки. Так, в анамнезі членів основної групи виявлено статистично значущу пряму кореляцію між спадковою обтяженістю на психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин (F10-F19) та психічними та поведінковими розладами зрілої особистості та поведінки у дорослих (F60-F69) ( $r = +0,31$  при  $p < 0,01$ ), в той час, як в контрольній групі такого зв'язку виявити не вдалося. В обох групах порівняння психічні та поведінкові розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих (F60-F69) прямо і достовірно зв'язані з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами; (F40-F48) ( $r = +0,29$  та  $r = +0,27$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ), а ті, в свою чергу, - з афективними розладами (F30-F39) ( $r = +0,37$  та  $r = +0,30$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ). Також в обох групах порівняння спостерігались достовірні прямі асоціації між психічними та поведінковими розладами органічного походження (F00-F09) і психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин (F10-F19) ( $r = +0,50$  та  $r = +0,27$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ). Остання асоціація в основній групі є найпотужнішою з усіх виявлених ( $r = +0,50$  при  $p < 0,01$ ), що зайвий раз

свідчить про патогенетичну єдність психопатології різного походження. Вище вже йшлося про те, що наявність психічних та поведінкових розладів у батьків респондентів достовірно зменшує їхні шанси на службу в армії.

Таблиця 2

**Коефіцієнти кореляції між потенційними факторами ризику-антиризиків залежності від опіоїдів у осіб приналежних до різних груп порівняння**

| Пари потенційних факторів ризику-антиризиків залежності від опіоїдів, що достовірно корелюють між собою |   | Коеф. кореляції |          |
|---|---|-----------------|----------|
|   |   | Основ.          | Контрол. |
| Наявність ППР (F) у матері  | - Служба в армії: ні                        | 0,22            | 0,29     |
| Наявність ППР (F) у батька  | - Служба в армії: ні                        | 0,37            | 0,30     |
| Наявність ППР (F) у сибсів  | - Служба в армії: ні                        | 0,12            | 0,21     |
| Наявність ППР (F) у сибсів  | - Сімейний стан: розлучений                 | -0,02           | 0,24     |
| Спадк. обтяж.: розлади (F10-F19)  | - Спадк. обтяж.: розлади (F60-F69)          | 0,31            | 0,10     |
| Спадк. обтяж.: розлади (F10-F19)  | - Спадк. обтяж.: розлади (F00-F09)          | 0,50            | 0,27     |
| Спадк. обтяж.: розлади (F60-F69)  | - Розлади (F40-F48)                         | 0,29            | 0,27     |
| Спадк. обтяж.: розлади (F30-F39)  | - Розлади (F40-F48)                         | 0,37            | 0,30     |
| Спадк. обтяж.: розлади (F10-F19)  | - Служба в армії: ні                        | 0,22            | 0,23     |
| Спадк. обтяж.: розлади (G40-G41)  | - Служба в армії: ні                        | 0,18            | 0,22     |
| Спадк. обтяж.: розлади (F00-F09)  | - Служба в армії: ні                        | 0,25            | 0,29     |
| Спадк. обтяж.: розлади (F60-F69)  | - ППД/та/абоПВ: хвороба (смерть) близьких   | 0,15            | 0,22     |
| Спадк. обтяж.: розлади (F60-F69)  | - СЗБ: постійно конфліктні                  | 0,26            | 0,29     |
| Спадк. обтяж.: розлади (F30-F39)  | - СЗБ: постійно конфліктні                  | 0,39            | 0,36     |
| Якою дитин. народився: першою   | - СРВЯВ: повна                              | -0,22           | -0,24    |
| Якою дитин. народився: останньою  | - ППД/та/абоПВ: сильний перепад             | -0,21           | -0,23    |
| Якою дитин. народився: першою   | - Рівень МПЗурБ: високий                    | 0,21            | 0,24     |
| Рівень МПЗурБ: високий  | - НРУД/та/абоПВ: підвищ. вразл. збудливість | 0,23            | 0,23     |
| Рівень МПЗурБ: високий  | - УуШН: відмінна                            | 0,21            | 0,24     |
| Рівень МПЗурБ: високий  | - УуШН: добра                               | -0,17           | -0,20    |
| Рівень МПЗурБ: середній   | - УуШН: добра                               | 0,17            | 0,21     |
| Рівень МПЗурБ: середній   | - НРУД/та/абоПВ: підвищ. вразл. збудливість | -0,27           | -0,27    |
| Рівень МПЗурБ: низький  | - Поточний сімейний стан: розлучений        | 0,22            | 0,22     |
| СРВЯВ: повна  | - ППД/та/абоПВ: невдалий сексуальний досвід | -0,25           | -0,25    |
| СРВЯВ: без батька   | - ППД/та/абоПВ: невдалий сексуальний досвід | 0,23            | 0,23     |
| СРВЯВ: у родичів  | - ППД/та/абоПВ: розлучення батьків          | 0,33            | 0,33     |
| НРУД/та/абоПВ: підвищ. рух. актив.  | - СдоОуШВ: лідерський (домінуючий)          | 0,33            | 0,34     |
| НРУД/та/абоПВ: нічні страхи   | - УуШН: добра                               | -0,17           | -0,23    |
| НРУД/та/абоПВ: нічні страхи   | - УуШН: посередня                           | 0,19            | 0,28     |
| НРУД/та/абоПВ: нічні страхи   | - Антропометрична ознака: ДТС:171-180см     | -0,19           | -0,22    |
| НРУД/та/абоПВ: нічні страхи   | - Антропометрична ознака: ДТС:>180см        | 0,21            | 0,22     |
| НРУД/та/абоПВ: зайкання   | - Антропометрична ознака: КТМ-астенічний    | 0,21            | 0,22     |
| НРУД/та/абоПВ: зайкання   | - Поточний сімейний стан: розлучений        | 0,21            | 0,21     |
| СдоОуШВ: вороже   | - УуШН: посередня                           | 0,18            | 0,23     |
| УуШН: відмінна  | - СЗБ: доброзичливі                         | 0,25            | 0,24     |
| УуШН: добра   | - СЗБ: постійно конфліктні                  | -0,20           | -0,19    |
| УуШН: низька  | - СЗБ: постійно конфліктні                  | 0,25            | 0,24     |
| УуШН: низька  | - Поточний сімейний стан: вдовець           | 0,19            | 0,20     |

**Скорочення:** ППР (F) - психічні та поведінкові розлади: (F00-F09) - органічні; (F10-F19) – внаслідок вживання психоактивних речовин; (F20-F29) - шизофренія, шизотипові та маячні; (F30-F39) - афективні; (F40-F48) - невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні; (F60-F69) - зрілої особистості та поведінки у дорослих; (G40-G41) – епілепсія; МПЗурБ - матеріально-побутового забезпечення у родинах батьків; СРВЯВ - Склад родини, в якій виховувався; СЗБ – співвідношення з батьками; ППД/та/абоПВ - психотравми, перенесені у дитинстві та/або у підлітковому віці; НРУД/та/абоПВ - невротичні реакції, перенесені у дитинстві та/або у підлітковому віці; УуШН - успішність у шкільному навчанні; СдоОуШВ - ставлення до однолітків у шкільному віці; ДТС - довжина тіла (стоячі); КТМ - конституційно-морфологічний тип.

**Умовні позначення:** позитивні достовірні коефіцієнти кореляції виділено залівкою світло-сірого ( $p < 0,05$ ) та сірого ( $p < 0,01$ ) кольору, а негативні - залівкою чорного ( $p < 0,05$ ) кольору.

В процесі аналізу за окремими нозоформами встановлено, що найбільш міцно і прямо з фактом відсутності служби в армії пов'язана обтяженість родинного анамнезу психічними та поведінковими розладами органічного походження (F00-F09) ( $r = +0,25$  та  $r = +0,29$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ), внаслідок вживання психоактивних речовин (F10-F19) ( $r = +0,22$  та  $r = +0,23$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ), а також епілепсією (G40-G41) ( $r = +0,18$  при  $p < 0,05$  та  $r = +0,22$  при  $p < 0,01$  для основної і контрольної груп відповідно). Окрім перелічених, впливовим фактором виявилась обтяженість родинного анамнезу деякими іншими психічними та поведінковими розладами. Так, постійно конфліктні співвідношення з батьками прямо і достовірно асоційовані з обтяженістю родинного анамнезу афективними розладами (F30-F39) ( $r = +0,39$  та  $r = +0,36$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ), а також з розладами зрілої особистості та поведінки у дорослих (F60-F69) ( $r = +0,26$  та  $r = +0,29$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ). Водночас, обтяженість родинного анамнезу розладами зрілої особистості та поведінки у дорослих (F60-F69) виявилась (на перший погляд – несподівано) достовірно і прямо асоційованою з психотравмами, перенесеними у дитинстві та/або у підлітковому віці у вигляді хвороби або смерті близьких людей ( $r = +0,15$  при  $p < 0,05$  та  $r = +0,22$  при  $p < 0,01$  для основної і контрольної груп відповідно). Але подальший аналіз показав, що нічого дивного у такій асоціації немає, адже особи з розладами зрілої особистості та поведінки схильні до ризикованих способів життя, які підвищують ризик хвороб і

навіть смерті у молодому віці і, таким чином, мимоволі частіше (у порівнянні з людьми без таких розладів) роблять свідками цих психотравмуючих подій своїх дітей.

Ризик психотравм, перенесених у дитинстві та/або у підлітковому віці у вигляді, на цей раз, сильного переляку виявився зворотною і достовірно пов'язаним з фактом народження останньою дитиною у родині ( $r = -0,21$  та  $r = -0,23$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ). Таке становище легко пояснити тим, що з народженням кожної наступної дитини люди збагачують свій батьківський досвід, що впливає на умови виховання останніх дітей, зменшуючи ризик психотравмуючих ситуацій для них, у порівнянні з їхніми старшими братами та сестрами. Але взаємини порядку народження у родині з іншими обставинами не обмежується впливом на умови виховання. Так, наприклад, факт народження першою дитиною виявився зворотною і достовірно пов'язаним з вихованням у повній родині ( $r = -0,22$  та  $r = -0,24$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ). Цей зв'язок є простим наслідком рівня стабільності родини як такої. Бо в нестабільних родині інші діти просто не встигають народитися до їхнього розпаду. Водночас, факт народження першою дитиною виявився прямо і достовірно пов'язаним з високим рівнем матеріально-побутового забезпечення у родині батьків ( $r = +0,21$  та  $r = +0,24$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ). Це спостереження має просту природу – в сучасних умовах існування українських родин, народження кожної наступної дитини істотно знижує фінансове забезпечення кожного члену сім'ї і грошова допомога держави поки що нездатна компенсувати це зниження, що є одним із чинників подальшого погіршення демографічної ситуації в нашій державі.

В свою чергу, високий рівень матеріально-побутового забезпечення у родині батьків прямо і достовірно пов'язаний з відмінною успішністю у шкільному навчанні ( $r = +0,21$  та  $r = +0,24$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ) і, нажалі, із перенесеними у дитинстві та/або у підлітковому віці невротичними реакціями у вигляді підвищеної вразливості, збудливості ( $r = +0,23$  як в основній, так і в контрольній групах при  $p < 0,01$ ). Звертає на себе та обставина, що сила останнього зв'язку не залежала від наявності або відсутності схильності до залежності від опіодів (відповідні коефіцієнти кореляції є, практично, однаковими в обох групах порівняння).

У цілому, є ознаки слабкої лінійної залежності успішності у шкільному навчанні від рівня матеріально-побутового забезпечення у родині батьків. Так, наприклад, той же самий високий рівень матеріально-побутового забезпечення у родині батьків достовірно, але, на цей раз, зворотною пов'язаний з доброю успішністю у шкільному навчанні ( $r = -0,17$  та  $r = -0,20$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ), в той час, як середній рівень матеріально-побутового забезпечення у родині батьків прямо і достовірно асоційований з доброю успішністю у шкільному навчанні ( $r = +0,17$  при  $p < 0,05$  та  $r = +0,21$  при  $p < 0,01$  для основної і контрольної груп відповідно). Внаслідок високого рівня корупції в українській державі, взагалі, і в системі навчання, зокрема, зараз немає достатньо надійних свідчень того, чи є зазначена залежність наслідком кращої підготовки учнів із заможних родин, чи простим наслідком купівлі кращих оцінок для своєї дитини заможними батьками.

До зазначеного слід додати, що середній рівень матеріально-побутового забезпечення у родині батьків (на відміну від високого) достовірно і зворотною корелював з перенесеними у дитинстві та/або у підлітковому віці невротичними реакціями у вигляді підвищеної вразливості, збудливості ( $r = -0,27$  як в основній, так і в контрольній групах при  $p < 0,01$ ), а от низький рівень матеріально-побутового забезпечення у родині батьків – прямо і достовірно зі станом розлучення у дорослому віці ( $r = +0,22$  як в основній, так і в контрольній групах при  $p < 0,01$ ). Наведені дані вказують на те, що високий рівень матеріально-побутового забезпечення у родині батьків (а також, за окремими показниками, низький) є не тільки фактором ризику формування залежності від опіодів, а і фактором ризику виникнення інших негараздів, в той час, як середній рівень матеріально-побутового забезпечення – є безумовним протективним фактором, як по відношенню до можливості формування станів залежності, так і відносно інших подібних ризиків. Передбачуваними і показовими є взаємини між складом родини, в якій виховувався обстежений, з одного боку, і частотою психотравм, перенесених у дитинстві та/або у підлітковому віці. Так, наприклад, виховання у повній родині забезпечує зворотню і достовірну кореляцію з зазначеними психотравмами ( $r = -0,27$  як в основній, так і в контрольній групах при  $p < 0,01$ ), в той час як виховання в неповній родині (без батька) прямо корелює з частотою дитячих та підліткових психотравм ( $r = +0,23$  як в основній, так і в контрольній групах при  $p < 0,01$ ). Ще більше це виражено в разі виховання в родині родичів ( $r = +0,33$  як в основній, так і в контрольній групах при  $p < 0,01$ ). Іншими словами, чим нижче рівень повноти, або спорідненості членів родини, де виховувався пробанд – тим гірше наслідки, щодо його психічного здоров'я.

Ще одним цілком очікуваним зв'язком виявилась пряма кореляція між перенесеними у дитинстві та/або у підлітковому віці невротичними реакціями у вигляді підвищеної рухової активності і лідерським (домінуючим) типом ставлення до однолітків у шкільному віці ( $r = +0,33$  та  $r = +0,34$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ), адже такі асоціації були неодноразово описані не тільки в фаховій психіатричній або психологічній літературі, а і в історичних хроніках. Перенесені у дитинстві та/або у підлітковому віці невротичні реакції (зокрема, у вигляді нічних страхів), також достовірно корелюють з успішністю у шкільному навчанні: прямо – з посередньою ( $r = +0,19$  при  $p < 0,05$  та  $r = +0,28$  при  $p < 0,01$  для основної і контрольної груп відповідно) і зворотною – з доброю ( $r = -0,17$  при  $p < 0,05$  та  $r = -0,23$  при  $p < 0,01$  для основної і контрольної груп відповідно). Іншими словами, наявність нічних страхів у дитинстві та/або в підлітковому віці істотно погіршує успішність у шкільному навчанні, що є додатковим приводом звернути саму пильну увагу на ці розлади. Маркерами схильності до невротичних реакцій дитячого та/або підліткового віку (у вигляді нічних страхів) може вважатись астеничний конституційно-морфологічний тип, характерною рисою якого, зокрема, є зріст вище середнього у дорослому стані. Це підтверджує достовірний прямий кореляційний зв'язок поміж наявністю нічних страхів у дитинстві або у підлітковому віці обстежених та довжиною

тіла стоячи (у дорослому стані) більше 180 см ( $r = +0,21$  та  $r = +0,22$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ), і зворотний кореляційний зв'язок поміж наявністю зазначених нічних страхів та довжиною тіла стоячи (у дорослому віці) менше 180 см. ( $r = -0,19$  при  $p < 0,05$  та  $r = -0,22$  при  $p < 0,01$  для основної і контрольної груп відповідно). На користь цього твердження свідчить достовірна пряма кореляція між приналежністю до астеничного конституційно-морфологічного типу і невротичними реакціями дитячого та/або у підліткового віку у вигляді заїкань ( $r = +0,21$  та  $r = +0,22$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ). Цікаво також, що невротичні реакції дитячого та/або у підліткового віку у вигляді заїкань прямо і достовірно корелюють із неспроможністю зберегти свій шлюб у дорослому віці ( $r = +0,21$  як в основній, так і в контрольній групах при  $p < 0,01$ ). Це зайвий раз підтверджує відомі уявлення про те, що більшість негараздів стану психічного та соматичного здоров'я дорослих людей мають коріння у їхньому дитинстві. Повертаючись до періоду шкільного навчання респондентів слід зазначити, що посередня успішність в ньому достовірно і прямо корелює з ворожим ставленням до однолітків, при чому в контрольній групі цей ефект є, навіть, міцнішим, ніж серед членів основної групи ( $r = +0,18$  при  $p < 0,05$  та  $r = +0,23$  при  $p < 0,01$  для основної і контрольної груп відповідно).

На завершення слід зазначити, що успішність у шкільному навчанні взаємозалежна не тільки із ставленням до однолітків, а і з батьками. Так, відмінна успішність у шкільному навчанні прямо і достовірно корелює з доброзичливими співвідношеннями з батьками ( $r = +0,25$  та  $r = +0,24$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ), а низька – з постійно конфліктними ( $r = +0,25$  та  $r = +0,24$  для основної і контрольної груп відповідно при  $p < 0,01$ ). При цьому добра успішність у шкільному навчанні зворотно і достовірно корелює з постійно конфліктними співвідношеннями з батьками ( $r = -0,20$  при  $p < 0,01$  та  $r = -0,19$  при  $p < 0,05$  для основної і контрольної груп відповідно), тобто виконує певну проєктивну роль щодо такого несприятливого стилю спілкування у родині. Вочевидь, наведені коефіцієнти кореляції є відбиттям, як впливу атмосфери у родині на успішність навчання респондентів, так і, навпаки, - впливу шкільної успішності дитини на настрій її батьків. Як і заїкання у дитячому та/або підлітковому віці, низька успішність у шкільному навчанні прямо і достовірно корелює із неспроможністю зберегти свій шлюб у дорослому стані ( $r = +0,19$  при  $p < 0,05$  та  $r = +0,20$  при  $p < 0,01$  для основної і контрольної груп відповідно).

#### Висновки

1. Афективний стан осіб, схильних до наркотизації, (у порівнянні з особами без такої схильності) є більш чутливим: до шкідливостей перинатального періоду; до умов виховання і психоемоційної атмосфери у родині; а також до фактору обтяженості родинного анамнезу психічними та поведінковими розладами (зокрема органічного походження та епілепсії). У цілому серед осіб, схильних до наркотизації, кількість достовірних кореляційних зв'язків поміж симптомами депресивного кола з іншими показниками, що вивчались, в 2 рази більше, ніж у осіб без такої схильності (20 і 10 достовірних ( $p < 0,05$ ) зв'язків відповідно).
2. Високий рівень матеріально-побутового забезпечення у родинах батьків (а також, за окремими показниками, і низький) є не тільки фактором ризику формування залежності від опіоїдів, а і фактором ризику виникнення інших психічних негараздів, в той час, як середній рівень матеріально-побутового забезпечення – є безумовно протективним фактором, як відносно можливості формування станів залежності, так і відносно інших подібних ризиків.

#### Література

1. Артемчук А.П. Проблема коморбізму алкогольної хвороби та клініко-патогенетичне обґрунтування комплексних терапевтичних програм / Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Київ, 2005 – 36 с.
2. 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.
3. Благоев Л.Н. Эмоциональные расстройства в клинике опийной наркомании. / Л.Н. Благоев – Сб. Материалы международной научной конференции. – Гродно, 1993. – С. 303 – 302.
4. Вельтищев Д.Ю. Расстройства депрессивного спектра у больных наркоманиями (клинико-патогенетическое 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.
5. Друзь О.В. Психоневрологічні розлади у батьків і ризик формування залежності від опіоїдів у їхніх дітей. / О.В. Друзь // Український вісник психоневрології – 2011. – Том 19, – №1 (66). – С.98-102.
6. Ковальчук А.И. Причины возникновения наркомании и возможности ее лечения. / А.И. Ковальчук – Харьков: Бриг, 1998. – 85 с.
7. Лапач С.Н. Статистические методы в медико – биологических исследованиях с Использованием Excel / С.Н.Лапач, А.В.Чубенко, П.Н.Бабич. – К.: Моріон, 2000 – 320 с.
8. Мерфи Э.А. Основы медико-генетического консультирования / Э.А.Мерфи, Г.А.Чейз – Москва: Медицина, 1979. – 389с.
9. Морозов Г.В. Морфинизм. / Г.В.Морозов, М.Н.Боголепов – Москва: Медицина, 1984. – 176 с.
10. 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.
11. Пятницкая И.Н. Наркомании. / И.Н.Пятницкая – Москва: Медицина, 1994. – 541с.
12. 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
13. Рохлина М.Л. Психические расстройства у больных, злоупотребляющих самодельными опиатами. / М.Л.Рохлина, Т.А.Киткина, Л.Н.Благоев – Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1996. – №4. – С. 42 – 45.

14. 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.
15. Сосин И.К. Алкогольная тревога. / И.К.Сосин, Е.Ю.Гончарова, Ю.Ф.Чуев – Харьков: Коллегиум, 2008. – 732 с.
16. Сосин И.К. Героиновая наркомания. / И.К.Сосин, Ю.Ф.Чуев – Харьков: Полиграфсервис, 2002. – 147 с.
17. 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.
18. 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.
19. Чуркин А.А. Краткое руководство по использованию МКБ – 10 в психиатрии и наркологии. / А.А.Чуркин, А.Н.Мартюшов – Москва: Триада – X, 2002. – 232 с.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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, – Brain Researches. – 2010. – Vol. 4. – P. 227 – 232.
24. 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 – Annales of General Psychiatry. – 2007. – Vol. 13. – P.6 – 31.
25. 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.
26. Paton S. Depressive mood and adolescent drug abuse. / S.Paton, R.Kessler, D.V.Kandel – American Journal of Psychopathology. – 1995. – №15. – P. 7 – 38.
27. Renthal W. Chromatin regulation in drug addiction and depression. / W. Renthal, E.J.Nestler – Dialogues of Clinical Neuroscience. – 2009. – Vol. 11(3). – P.257 – 68.
28. 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.

Резюме

**ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРЕМОРБИДНОЙ АФФЕКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ И ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ**

**Друзь О.В.**

Методом структурированного интервью респондентов и их матерей исследован преморбидный (относительно формирования опиомании) анамнез 270 больных, зависимых от опиоидов, и 270 лиц без признаков зависимости. Установлено, что аффективный статус лиц, предрасположенных к наркотизации более чувствителен: к вредностям перинатального периода; к условиям воспитания; а также к фактору отягощенности семейного анамнеза психическими и поведенческими расстройствами. Показано, что средний уровень материально-бытового обеспечения является безусловно протективным фактором, как относительно возможности формирования состояний зависимости, так и других расстройств психического здоровья.

**Ключевые слова:** зависимость от опиоидов, анамнез, аффективные расстройства, факторы риска, корреляции.

Стаття надійшла 13.07.2011 р.

**MUTUAL RELATIONS PREMORBID AFFECTIVE SYMPTOMATOLOGY AND OTHER RISK FACTORS OF ADDICTIVE BEHAVIOR IN THE ANAMNESIS OF OPIOID ADDICTED PERSONS**

**Druz' O.V.**

The premorbid 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. It is established, that the affective status of the persons predisposed to drug addiction is more sensitive: to harmfulnesses of perinatal period; to education conditions; and also to burdened familial history with mental and behavioral disorders. It is shown, that the middle level of welfare is certainly protective factor, as concerning possibility of formation of addictions, and other mental and behavioral disorders.

**Keywords:** opioid dependence, the anamnesis, affective disorders, risk factors, correlations.