

М. М. Денисенко
АДДИКЦІЇ ТА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ
(МЕХАНІЗМИ ТА СПЕЦИФІКА КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ КОМОРБІДНОСТІ)

М. М. Денисенко
Аддикции и невротические расстройства
(механизмы и специфика клинико-психопатологических проявлений коморбидности)

М. М. Denysenko
Addiction and neurotic disorders
(mechanisms and specificity of clinical and psychopathological manifestations of comorbidity)

В статті наведено результати комплексного аналізу аддиктивного статусу хворих на невротичні розлади: представленість, виразність, варіанти та специфіка аддиктивного поведінки. Проаналізовано особливості клініко-психопатологічної структури та динаміки невротичних розладів з аддикціями, висвітлено механізми та закономірності формування коморбідних поєднань. Визначено, що невротичні розлади часто асоційовані з аддиктивними порушеннями. Виявлено, що аддикції при неврозах представлені ширшим діапазоном варіантів, ніж у здорових осіб та характеризуються мультиморбідністю (схильністю до поєднання декількох аддикцій одночасно). Зазначено, що клінічна структура невротичних розладів в разі їх коморбідності з аддикціями видозмінюється та визначена її клініко-психопатологічна специфіка. Визначено, що в механізмах формування невротичних розладів з аддиктивною поведінкою залучені патопсихологічні чинники, серед яких ключова роль належить потребно-мотиваційній сфері, яка поєднує конкуруючі мотивації, спрямовані на задоволення потреб, що підтримують аддиктивний та невротичний стан.

Ключові слова: невротичний розлад, аддикції, коморбідність, клініко-психопатологічні особливості, механізми формування

В статье представлены результаты комплексного анализа аддиктивного статуса больных невротическими расстройствами: представленность, выраженность, варианты и специфика аддиктивного поведения. Проанализированы особенности клинико-психопатологической структуры и динамики невротических расстройств с аддикциями, освещены механизмы и закономерности формирования коморбидных сочетаний. Установлено, что невротические расстройства часто ассоциированы с аддиктивными нарушениями. Отмечено, что аддикции при неврозах представлены широким диапазоном вариантов и характеризуются мультиморбидностью (склонностью к сочетанию нескольких аддикций одновременно). Определено, что клиническая структура невротических расстройств при их коморбидности с аддикциями видоизменяется и выделена ее клинико-психопатологическая специфика. Определено, что в механизмах формирования невротических расстройств с аддиктивным поведением задействованы патопсихологические факторы, среди которых ключевая роль принадлежит потребностно-мотивационной сфере, которая сочетает конкурирующие мотивации, направленные на удовлетворение потребностей, поддерживающих аддиктивное и невротическое состояния.

Ключевые слова: невротическое расстройство, аддикции, коморбидность, клинико-психопатологические особенности, механизмы формирования

The article presents the results of a comprehensive analysis of the addictive status of patients with neurotic disorders: representation, severity, variants and specificity of addictive behavior. The features of the clinical and psychopathological structure and dynamics of neurotic disorders with addictions are analyzed, the mechanisms and patterns of the formation of comorbid combinations are highlighted. It has been established that neurotic disorders are often associated with addictive disorders. It is noted that addictions in neuroses are represented by a wide range of variants and are characterized by multimorbidity (a tendency to combine several addictions at the same time). It was determined that the clinical structure of neurotic disorders in their comorbidity with addictions is modified and its clinical and psychopathological specificity is highlighted. It has been determined that pathopsychological factors are involved in the mechanisms of formation of neurotic disorders with addictive behavior, among which the key role belongs to the need-motivational sphere, which combines competing motivations aimed at meeting the needs that support the addictive and neurotic states.

Key words: neurotic disorder, addiction, comorbidity, clinical and psychopathological features, mechanisms of formation

Дані статистики щодо захворюваності на психічні та поведінкові розлади за останні роки свідчать про їх прогресивне зростання, зокрема внаслідок несприятливих психічних розладів невротичного ґенезу з різних варіантів аддикцій [1, 2]. Це зростання великою мірою зумовлено глобальними соціальними, економічними та політичними явищами, якими характеризується сьогодення. Кризові процеси, затяжні військові конфлікти, політична напруга, соціально-економічна нестабільність та пандемії, які останнім часом охопили світ, є надзвичайними фруструючими явищами, що занадто перенавантажують адаптаційні можливості людини та сприяють зростанню емоційної напруги, і як наслідок, невротизації [3]. Як один із варіантів зняття емоційної напруги найчастіше використовуються «штучні» стимулятори позитивних емоцій у вигляді хімічних

речовин або нехімічних агентів (певні види активності), що супроводжується розвитком суб'єктивно приємних емоційних станів, які використовуються системно та призводять до формування станів залежності [4, 5].

Маючи спільну патогенетичну основу, що криється в неможливості реалізації власних потреб та емоційній напрузі, невротичні розлади та аддикції найчастіше розвиваються паралельно один з одним, зумовлюючи істотний інтранозологічний патоморфоз клініко-психопатологічної структури та динаміки обох розладів [6, 7]. Однак як в теоретичному, так і в практичному аспектах, складні питання взаємодії і взаємовпливу невротичної хвороби та аддиктивної поведінки на сьогодні залишаються відкритими та потребують вивчення.

Мета запропонованої роботи — на ґрунті комплексного аналізу аддиктивного статусу хворих на невротичні розлади визначити механізми та закономірності формування коморбідного поєднання невротичних

розладів з аддикціями та клініко-психопатологічну специфіку подібного співіснування.

У дослідження залучено 202 особи, з яких 150 осіб — хворі на невротичні розлади (49 осіб — з тривожно-фобічним розладом (F40.8), 55 — зі змішаним дисоціативним розладом (F44.7) та 46 — з неврастенією (F48.0)) та 52 особи із загальної популяції населення (надалі — «здорові»). Дослідження проводили у два етапи: перший етап становив аналіз аддиктивних феноменів у обстежених осіб, другий — аналіз специфіки клініко-психопатологічних проявів невротичних розладів при їх поєднанні з аддикціями, механізмів та закономірностей їх поєданого існування.

Для комплексного оцінювання аддиктивного статусу (варіантів та виразності аддиктивної поведінки) обстежених осіб використовували систему AUDIT-подібних тестів [8]. Згідно з даними обстеження встановлено, що аддикції в структурі невротичного розладу були дуже поширеним явищем і виявлялись набагато частіше, ніж в групі здорових: наявність аддикцій було діагностовано у 63,64% хворих на дисоціативні розлади, у 57,10% хворих на тривожно-фобічні розлади та у 56,52% хворих

на неврастенію, порівняно зі здоровими — 40,38%, при $p = 0,01$, $p = 0,04$ та $p = 0,05$, відповідно.

За результатами аналізу структури аддикцій визначено, що у хворих на невротичні розлади стани залежності діагностували не тільки частіше, ніж у здорових, але і в більш широкому діапазоні варіантів (рис. 1).

Найбільшою варіабельністю досліджуваних аддикцій відрізнялися хворі на дисоціативні розлади, у яких достовірно частіше, порівняно зі здоровими, виявляли залежність від шопінгу (30,91% та 3,85%, при $p = 0,002$), Інтернету (27,27% та 9,62%, при $p = 0,01$), чаю/кави (14,55% та 3,85%, при $p = 0,05$) та снодійно-седативних речовин (9,09% та 0%, при $p = 0,03$).

В структурі аддикцій хворих на тривожно-фобічні розлади достовірно переважали, порівняно зі здоровими, залежність від їжі (22,45% та 7,69%, при $p = 0,03$) та снодійно-седативних речовин (14,29% та 0%, при $p = 0,005$).

В структурі аддикцій хворих на неврастенію переважала і набагато частіше виявлялась, порівняно зі здоровими, залежність від роботи/навчання (28,26% та 7,69%, відповідно, при $p = 0,006$), потім йшли залежності від чаю/кави (13,04%), тютюну (13,04%) та їжі (10,87%).

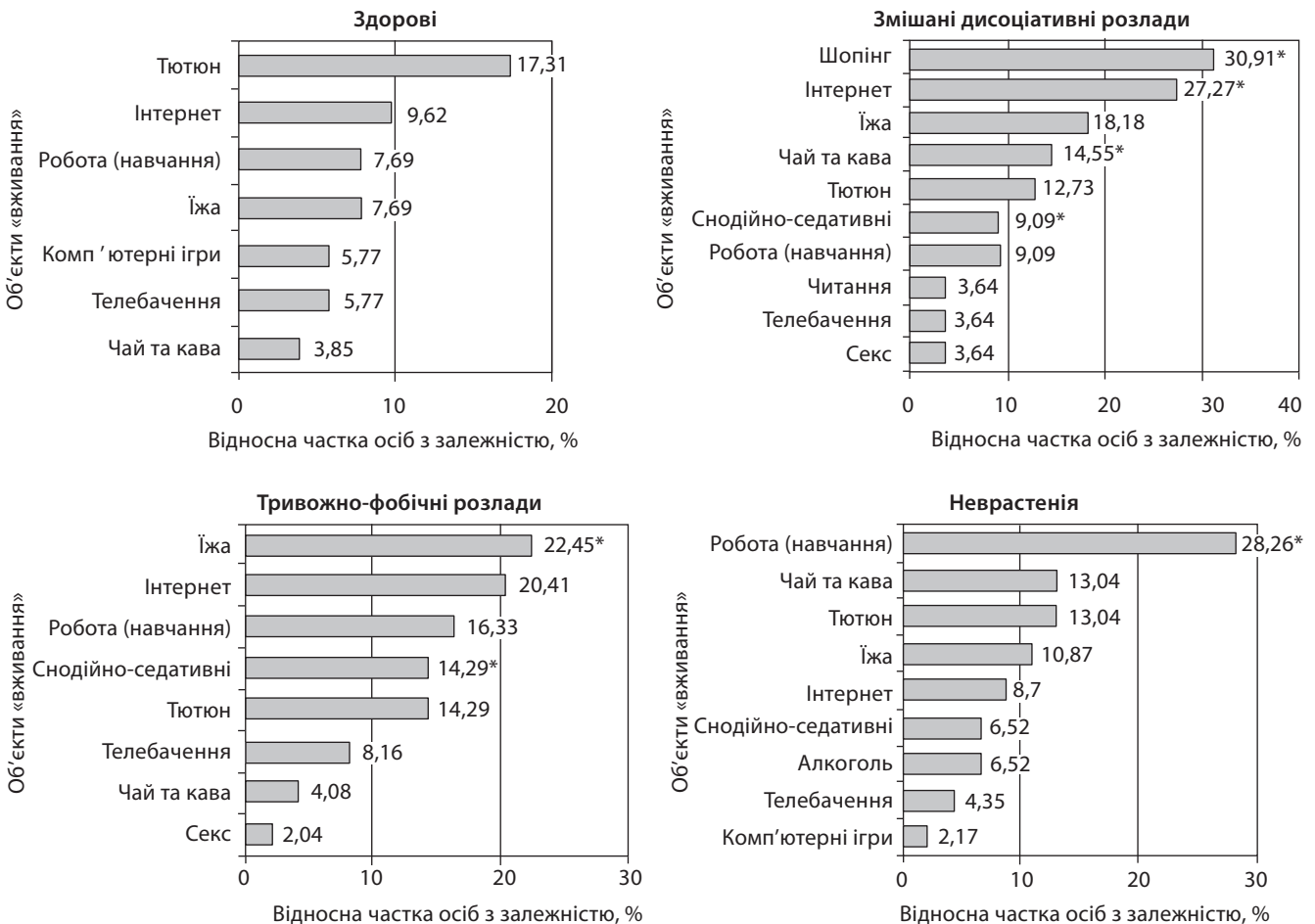


Рис. 1. Структура аддикцій в обстежених групах осіб

Умовні позначення:

* — різниця з групою здорових достовірна при $p < 0,05$

Також було встановлено, що хворі на невротичні розлади були схильні до накопичення аддикцій, тобто до формування «поєднаних», «мультиморбідних» форм залежностей, які достовірно частіше спостерігались

серед хворих на дисоціативні (38,18%) та тривожно-фобічні розлади (32,65%), порівняно зі здоровими особами (11,54%), при $p = 0,001$ та $p = 0,007$, відповідно. При неврастенії наявність поєднаних аддикцій

виявлено у 23,91 % хворих. Відповідно до показників індексу сполучення аддикцій (Ic) лідували в накопиченні аддиктивних станів дисоціативні розлади (Ic = 1,14), у хворих на неврастенію та тривожно-фобічні розлади ці показники були менш вираженими (Ic = 0,62 та Ic = 0,57, відповідно), у здорових осіб цей показник виявився найменшим (Ic = 0,25).

За результатами обчислення аддиктивних потенціалів (P_{Add}) за конкретними об'єктами «вживання» як найбільш аддиктивно «небезпечні» об'єкти в усіх групах обстежених визначено такі: тютюн, робота/навчання та їжа, які доповнювались іншими «специфічно небезпечними» для окремих груп об'єктами вживання. Найбільш аддиктивно «небезпечними» об'єктами вживання у хворих на невротичні розлади були: при тривожно-фобічних розладах — тютюн ($P_{Add} = 42,85\%$), снодійно-седативні речовини ($P_{Add} = 29,17\%$), їжа ($P_{Add} = 24,45\%$), Інтернет ($P_{Add} = 22,81\%$) і робота/навчання ($P_{Add} = 19,05\%$); при змішаних дисоціативних розладах — шопінг ($P_{Add} = 39,54\%$), тютюн ($P_{Add} = 31,83\%$), Інтернет ($P_{Add} = 30,0\%$), снодійно-седативні речовини ($P_{Add} = 20,0\%$), їжа ($P_{Add} = 18,52\%$) та вживання чаю/кави ($P_{Add} = 14,82\%$); при неврастенії — тютюн ($P_{Add} = 46,14\%$), робота/навчання ($P_{Add} = 34,2\%$) та снодійно-седативні речовини ($P_{Add} = 20\%$).

Для здорових осіб найбільш аддиктивно небезпечними були вживання тютюну ($P_{Add} = 42,85\%$), захоплення комп'ютерними іграми ($P_{Add} = 13,04\%$) та Інтернетом ($P_{Add} = 11,12\%$). Загалом вживання тютюну виявилось найбільш аддиктивно «небезпечним» для всіх обстежених осіб. Відмінністю хворих на невротичні розлади була наявність високого аддиктивного потенціалу снодійно-седативних речовин, який при тривожно-фобічних розладах становив 29,17 %, а при дисоціативних розладах та неврастенії — 20,00 %.

Згідно з метою роботи на другому етапі дослідження з обстежених хворих на невротичні розлади були сформовані основні та контрольні групи дослідження залежно від наявності або відсутності у них аддикцій (відповідно до результатів AUDIT-подібних тестів). Основні групи дослідження становили хворі з наявністю стану клінічно вираженої залежності за будь-якою зі шкал AUDIT-тесту (20 та більше балів). Хворі без ознак клінічної залежності за шкалами AUDIT-тесту увійшли до контрольних груп. Внаслідок проведеного розподілу основні групи дослідження становили: 27 хворих з тривожно-фобічними розладами; 35 — з дисоціативними розладами та 26 — з неврастенією. До груп контролю увійшли 22 особи з тривожно-фобічними розладами та по 20 осіб в групах дисоціативних розладів та неврастенії.

Для визначення специфіки клініко-психопатологічних проявів та аналізу механізмів формування невротичних розладів, коморбідних з аддикціями застосовували клініко-психопатологічні, психометричні та психодіагностичні методи. Клініко-психопатологічний метод становив збирання анамнестичних даних, проведення клінічного інтерв'ю, спостереження за хворими та доповнювався використанням психометричного клінічного опитувальника для виявлення та оцінення невротичних станів [9]. Психодіагностичні методи використовували для ана-

лізу патопсихологічних закономірностей формування коморбідного поєднання неврозів з аддикціями, вони містили такі методики: методика діагностики копінг-поведінки в стресових ситуаціях (CISS) [10]; особистісний опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій» (SACS) С. Хобфолла [11]; модифікований варіант методики «Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)» [12]; опитувальник Леонгарда — Шмішека для визначення акцентуації характеру [13]; методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана в модифікації В. В. Бойка [14]; методика діагностики актуальних потреб особистості [15]; методика репертуарних решіток Келлі для визначення особливостей потребово-емоційної сфери [16].

За результатами проведеного клінічного аналізу щодо особливостей формування, перебігу та клінічного оформлення невротичних розладів, що коморбідні з аддикціями, визначено їхні специфічні ознаки. Зокрема, невротичні розлади з аддикціями характеризуються підгострим або затяжним початком, нападодобним або безперервним перебігом та значною тривалістю невротичної хвороби (понад рік).

Виявлено, що формування невротичних розладів з аддикціями зумовлює одночасне сполучення гострих та хронічних психотравмуючих чинників (переважно при тривожно-фобічних та дисоціативних розладах) з різних сфер життєдіяльності людини. Чимала роль в формуванні неврозів з аддикціями належить емоційно-ізоляційним психотравмуючим чинникам, що пов'язані з переживанням відчуття самотності та відчуженості (особливо при неврастенії).

Синдромальна структура невротичних розладів з аддикціями характеризувалась наявністю складних, полісиндромальних станів, що мали певну специфічність.

Зокрема, в синдромальній структурі тривожно-фобічних розладів з аддикціями, на фоні провідного тривожного синдрому набагато частіше фіксувався депресивний синдром (39,3 %), ніж у хворих без аддикцій (14,28 %, при $p = 0,04$) (рис. 2). Тоді як астеничний та іпохондричний синдроми набагато частіше були представлені в структурі тривожно-фобічного розладу без аддикцій — в 57,1 % та 38,1 % випадків, порівняно з 28,6 % та 10,7 % в групі хворих з аддикціями (при $p = 0,03$ та $p = 0,02$).

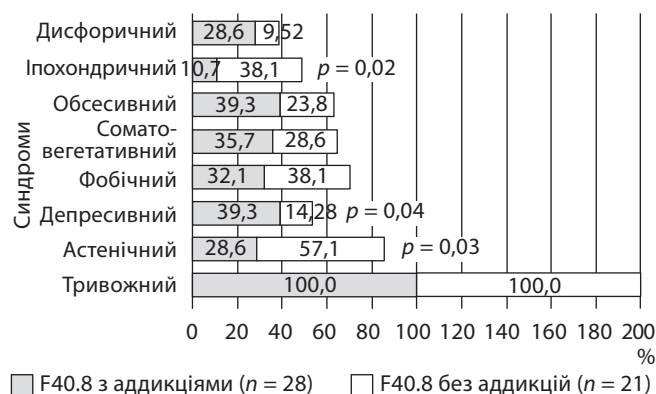


Рис. 2. Синдромальна структура тривожно-фобічних розладів за групами дослідження

В структурі дисоціативних розладів з аддикціями набагато частіше спостерігались дисфоричний (34,29 %, при $p = 0,04$), соматовегетативний (60,00 %, при $p = 0,05$) та обсесивний синдроми (25,70 %, при $p = 0,05$), порівняно з хворими без аддикцій (10,00 %, 35,00 % та 5,00 %, відповідно) (рис. 3).

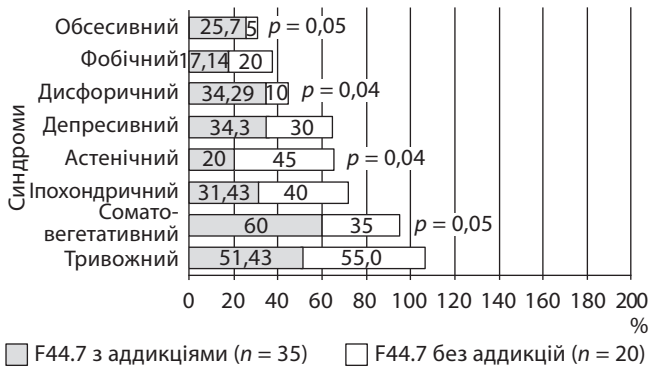


Рис. 3. Синдромальна структура дисоціативних розладів за групами дослідження

В структурі ж дисоціативних розладів без аддиктивної патології набагато частіше спостерігався астенічний синдром (45,00 %), порівняно з групою з аддикціями (20,00 %).

У хворих на неврастенію з аддикціями в синдромальній структурі на фоні провідного астенічного синдрому набагато частіше були наявні депресивний (46,15 %), соматовегетативний (53,84 %) та дисфоричний синдроми (26,92 %), порівняно з контрольною групою, де показники представленості цих синдромів становили 20 %, 25 % та 5 %, відповідно, при $p = 0,05$.

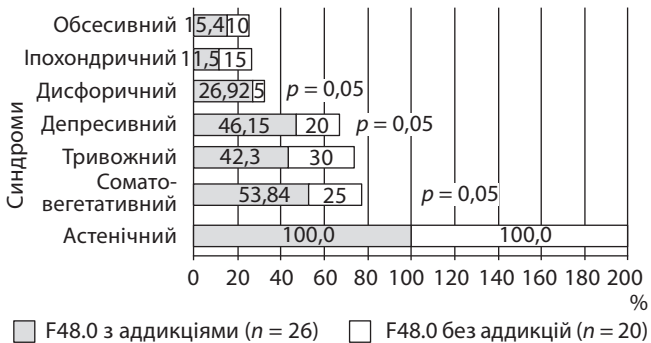


Рис. 4. Синдромальна структура неврастенії за групами дослідження

При неврастенії без аддикцій синдромальна структура була менш різноманітною, провідний астенічний синдром лише в 30,00 % випадків поєднувався з тривожним, в 25,00 % випадків — з соматовегетативним та в 20,00 % — з депресивним, інші синдроми були представлені меншою відсотковою часткою.

Синдромальна структура невротичних розладів з аддикціями характеризувалася наявністю складних, мультисиндромальних станів, в яких поряд з провідними нозоспецифічними синдромами набагато частіше формувалися депресивний (при тривожно-фобічних розладах); соматовегетативний, дисфоричний та обсесивний (при дисоціативних розладах);

соматовегетативний, дисфоричний та депресивний синдроми (при неврастенії) та різноманітні варіанти їх поєднань.

Встановлено, що виразність невротичної симптоматики пов'язана з рівнем аддиктивності хворих на неврози. Результати аналізу взаємозв'язків виразності невротичної симптоматики (за опитувальником Яхіна — Менделевича) з рівнем аддиктивності хворих на неврози дали змогу виокремити симптомо-специфічні аддикції, що загальні для всіх неврозів та специфічні для окремих форм невротичних розладів, а також аддикції, що не залежні від невротичної симптоматики. Як загальні для всіх форм неврозів симптомо-специфічні аддикції були визначені: сексуальний дисконфорт (залежність від сексу), що корелює з симптомом «істеричне реагування»; та захоплення шопінгом, що виявляло міцні зв'язки з тривогою.

При тривожно-фобічних розладах найбільша кількість достовірних кореляцій зафіксована з певними проявами, як-от обсесивність і тривога. Особливо міцні зв'язки було отримано між рівнем обсесивності та зловживанням снодійно-седативними речовинами ($r = -0,51, p \leq 0,001$), переглядом телебачення ($r = -0,46, p \leq 0,01$) та шопінгом ($r = -0,44, p \leq 0,01$). Рівень тривоги високо корелював з пристрасстю до шопінгу ($r = -0,55, p \leq 0,001$), зловживанням снодійно-седативними речовинами ($r = -0,54, p \leq 0,001$) та їжею ($r = -0,43, p \leq 0,01$).

У хворих на дисоціативні розлади найбільша кількість достовірних кореляцій була зафіксована між аддикціями та симптомами істеричного реагування та вегетативних порушень. Виразність істеричного реагування при дисоціативних розладах корелювала з такими аддикціями: пристрасстю до сексу ($r = -0,48, p \leq 0,001$), шопінгу ($r = -0,44, p \leq 0,01$) та алкоголю ($r = -0,42, p \leq 0,01$). Рівень вегетативних порушень виявився пов'язаним з рівнем аддиктивності за такими об'єктами вживання: секс ($r = -0,46, p \leq 0,001$), комп'ютерні ігри ($r = -0,41, p \leq 0,01$) та Інтернет ($r = -0,37, p \leq 0,01$). Інші симптоми при дисоціативних розладах корелювали з меншою кількістю аддикцій.

При неврастенії найбільша кількість достовірних кореляцій виявлялась між аддикціями та симптомами невротичної депресії та астенії. Рівень невротичної депресії міцно корелював з аддикціями за об'єктами робота/навчання ($r = -0,41, p \leq 0,01$) та секс ($r = -0,39, p \leq 0,01$). Виразність астенічної симптоматики мала найміцніші зворотні зв'язки з роботоголізмом ($r = -0,38, p \leq 0,01$).

Отримані дані дають змогу зрозуміти, що певна невротична симптоматика є в кореляційній залежності з конкретними аддиктивними пристрастями, які використовуються або формуються при певній невротичній симптоматичі як засіб зняття емоційної напруги.

За результатами аналізу результатів психодіагностичного дослідження встановлено, що в формуванні аддикцій в структурі невротичних розладів вагому роль відіграють психологічні особливості пацієнтів, зокрема їхні характерологічні особливості, специфіка копінг-поведінки та копінг-ресурсів, особливості потребово-емоційної сфери та рівень соціальної фрустрованості.

Визначено, що у хворих на невротичні розлади з аддикціями виявляється набагато вищий рівень

циклотимічних рис особистості, особливо при дисоціативних розладах ($17,27 \pm 0,61$ бала), порівняно з хворими цієї групи без аддикцій ($13,5 \pm 1,2$ бала, при $p = 0,003$), що дає змогу говорити про їх роль в формуванні аддикцій як предрисповищності.

Серед особливостей копінг-поведінки в формуванні аддикцій залучені: при тривожно-фобічних розладах — високий рівень виразності копінгів, за стилем орієнтованих на емоції ($56,80 \pm 1,79$ бала, $p = 0,01$), копінг-моделей «уникнення» ($43,56 \pm 1,81$ бала, $p = 0,04$) та «імпульсивні дії» ($12,81 \pm 0,72$ бала, $p = 0,05$); при дисоціативних розладах — високий рівень виразності емоційно-орієнтованого копіngu ($51,94 \pm 1,88$ бала, $p = 0,04$), копінгів, орієнтованих на уникнення, використовуючи відволікання ($44,74 \pm 1,63$ бала, $p = 0,008$), а також виразність асоціальних стратегій подолання у вигляді агресивних ($21,26 \pm 0,68$ бала, $p = 0,05$) та асоціальних ($16,35 \pm 0,67$ бала, $p = 0,005$) моделей поведінки, зниження рівня задоволеності соціальною підтримкою загалом в своєму житті; у хворих на неврастенію не виявлено достовірної різниці між копіngами в групі з аддикціями та без: переважали проблемно-орієнтовані та емоційно-орієнтовані копіngи, а також просоціальні моделі поведінки (ініціація контактів та пошук підтримки). Отже, отримані результати свідчать, що основу аддиктивної поведінки становлять не лише неадаптивні, неконструктивні стратегії, а й конструктивні, соціально спрямовані копіngи.

Визначено, що наявність задоволеності середовищними копіng-ресурсами у вигляді підтримки родини, друзів, колег по роботі та значущих інших у хворих на неврози пов'язана зі зниженням ризику формування аддикцій, і навпаки, відсутність або відчуття незадоволеності їхнім рівнем корелює зі зростанням рівня аддиктивності.

Також при неврозах з аддикціями спостерігався багато вищий рівень соціальної фрустрованості: при тривожно-фобічних розладах — невдоволеність власним способом життя загалом ($3,15 \pm 0,22$ бала, при $p = 0,003$) та взаєминами з дітьми ($2,29 \pm 0,27$ бала, при $p = 0,02$); при дисоціативних розладах — невдоволеність в сферах взаємин: подружніх ($3,24 \pm 0,22$, $p = 0,04$), батьківських ($2,56 \pm 0,23$, $p = 0,02$), з адміністрацією на роботі ($2,69 \pm 0,19$, $p = 0,02$) та в сфері власного дозвілля ($2,92 \pm 0,20$, $p = 0,05$); при неврастенії — невдоволеність способом власного життя загалом ($3,11 \pm 0,22$, $p = 0,02$), змістом своєї роботи ($2,61 \pm 0,22$, $p = 0,035$), взаєминами на роботі з адміністрацією ($2,81 \pm 0,19$, $p = 0,004$) та колегами ($2,38 \pm 0,18$, $p = 0,02$).

Під час вивчення рівня задоволеності основних потреб встановлено, що наявність аддикцій в структурі невротичного розладу актуалізує або дезактуалізує певні потреби особистості. Виявлено, що коли є аддикції в структурі тривожно-фобічних розладів, потреба в безпеці та в задоволенні виявилася набагато більш реалізованою ($4,50 \pm 0,55$ бала, що відповідає зоні задоволеності), порівняно з хворими без аддикцій, у яких ця потреба виявилася суттєво невдоволеною ($6,75 \pm 0,62$ бала, при $p = 0,02$). При дисоціативних розладах з аддикціями фіксувався набагато вищий рівень невдоволеності потреб в свободі ($6,20 \pm 0,60$), порівняно з хворими без аддикцій ($3,63 \pm 0,68$ бала, при $p = 0,007$). При неврастенії з аддикціями потреби

соціального рівня виявлялись менш актуальними ($7,23 \pm 0,36$ бала), порівняно з хворими без аддикцій ($8,25 \pm 0,29$ бала, при $p = 0,02$).

За результатами факторизації даних репертуарних решіток Келлі визначено, що невротична хвороба та аддикції в потребовому просторі особистості реалізують різні потреби. Зокрема, при тривожно-фобічних розладах основу невротичного стану становить актуальність потреби у безпеці та потреби у відпочинку, а основу аддиктивних реалізацій — потреба у спілкуванні та позитивних враженнях. При дисоціативних розладах невротична хвороба актуалізує потреби у спілкуванні та враженнях, що реалізуються у міжособистісній взаємодії, а основу аддиктивної поведінки становлять потреби у відпочинку та безпеці (як варіант виходу з емоційно-насичених взаємин). При неврастенії невротичний стан та аддиктивна поведінка є способами виходу зі стану психоемоційного дистресу, але завдяки реалізації різних потреб: невротичний стан — через реалізацію потреби у відпочинку, аддиктивна поведінка — через потребу у спілкуванні.

Загалом результати проведеного дослідження свідчать, що невротичні розлади часто асоціюються з аддиктивними порушеннями. Наявність подібного поєднання, з огляду на взаємозв'язок та взаємовплив аддикцій з невротичною патологією, відображається в зміні та особливостях клініко-психопатологічної структури та динаміці невротичної хвороби. Коморбідні з аддикціями невротичні розлади формуються під поєднаним впливом гострих та хронічних психотравмуючих чинників в різних сферах життєдіяльності людини. Чимала роль в формуванні невротичних розладів з аддикціями належить емоційно-ізоляційним психотравмуючим чинникам, які пов'язані з переживанням відчуття самотності та відчуженості. Коморбідні з аддикціями невротичні розлади характеризуються підгострим або затяжним початком; переважно нападаючим та безперервним перебігом та значною загальною тривалістю патологічного процесу. Клінічні прояви невротичних розладів з коморбідною аддиктивною поведінкою визначаються високою інтенсивністю та різноманітністю клініко-психопатологічної симптоматики. Основу клініко-психопатологічних проявів тривожно-фобічних розладів з аддикціями становить тривожний синдром у поєднанні з астеничним, фобічним та іпохондричним; при дисоціативних розладах — соматовегетативний та тривожний в поєднанні з депресивним, дисфоричним та іпохондричним синдромами; при неврастенії — астеничний у поєднанні з соматовегетативним, депресивним та дисфоричним синдромами. В формуванні аддикцій в структурі невротичної хвороби велику роль відіграють патопсихологічні чинники: характерологічні риси особистості, копіng-стратегії, задоволеність середовищними копіng-ресурсами, особливості потребово-емоційної сфери та рівень соціальної фрустрованості. Ключова роль у механізмах формування невротичних розладів з аддиктивною поведінкою належить потребово-мотиваційній сфері, яка поєднує конкуруючі мотивації, спрямовані на задоволення потреб, що підтримують аддиктивний та невротичний стан. Протилежна спрямованість мотивацій загострює невротичний конфлікт, посилює

фрустрацію, дистрес та призводить до переважного використання копінгів, орієнтованих на емоції, уникнення, агресивну та асоціальну поведінку.

Враховання отриманих даних щодо механізмів та специфіки коморбідного співіснування невротичних та аддиктивних розладів сприятиме підвищенню якості їх діагностики та терапії.

Список літератури

1. Психічне здоров'я на перехідному етапі: результати оцінювання та рекомендації для інтеграції охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги та громадські платформи в Україні / World Bank Group. 2017. 141 с. URL: http://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2018/01/MH-report-for_INTERNET_All_ua.pdf.
2. Психические заболевания в мире и Украине // Газета «Новости медицины и фармации», 2016. № 4 (567). С. 6—8.
3. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика): колективна монографія за ред. П. В. Волошина, Н. О. Марути. Х. : Строков Д. В., 2016. 335 с.
4. Колядко С. П., Воробьева Т. М. Эмоциональная абстиненция как биопсихологический феномен в переходных процессах при неравновесном гомеостазе эмоционального фонда // Психическое здоровье. 2014. № 1. С. 12—15.
5. Егоров А. Ю. Зависимости и зависимое (аддиктивное) поведение. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация и её последствия : учебник / под ред. д-ра психол. наук Н. С. Хрустальной. СПб. : Издво СПбГУ, 2014. С. 153—180.
6. Волошин П. В., Марута Н. О. Основні напрямки наукових розробок в неврології, психіатрії та наркології в Україні // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 10—18. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvr_2017_25_1_3.
7. Денисенко М. М. Особливості співвідношення психопатологічної симптоматики та аддиктивної поведінки в структурі невротичної хвороби // Scientific journal "Fundamentalism scientiam" (Spain). 2017. № 13 (13). С. 27—31.
8. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных

тестов / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2009. № 2 (16). С. 56—70. URL: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper389.htm>.

9. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения : учебное пособие. СПб. : Речь, 2005. 445 с.

10. Крюкова Т. Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы. Изд-е 2-е, исправленное, дополненное. Кострома : КГУ им. Н. А. Некрасова — Авантитул, 2010. 64 с. (с. 43—47, 52). URL: http://www.coping-kostroma.com/images/files/krukova_methods_2010.pdf.

11. Водопьянова, Н. Е. Психодиагностика стресса. СПб. : Питер, 2009. 336 с. (Серия «Практикум»).

12. Корытова Г. С. Модификация психодиагностической методики «MSPSS» для изучения ресурсов совладания // Современные наукоемкие технологии. 2007. № 3. С. 77—80. URL: <https://www.top-technologies.ru/ru/article/view?id=24714>.

13. Сборник психологических тестов. Часть I: пособие / сост. Е. Е. Миронова. Мн. : Женский институт Энвила, 2005. 155 с.

14. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М. : Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.

15. Капцов А. В. Методика для диагностики актуальных потребностей личности // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия «Психология». 2008. № 2 (4). С. 59—70.

16. Соломин И. Л. Методика психосемантической экспресс-диагностики мотиваций // Школьные технологии. 2008. № 1. С. 159—168.

Надійшла до редакції 22.06.2020

ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: mdenisenko@ukr.net

DENYSENKO Mykhailo, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Urgent Psychiatry and Narcology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: mdenisenko@ukr.net