

УДК 616.85-039-07-008.447

М. М. Денисенко
АДДИКТИВНА ПОВЕДІНКА ПРИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ
(клініко-психопатологічна характеристика та лікування)

М. М. Денисенко
Аддиктивное поведение при невротических расстройствах
(клинико-психопатологическая характеристика и лечение)

М. М. Denysenko
Addictive behavior in neurotic disorders
(clinical-psychopathological characteristics and therapy)

Подано результати комплексної оцінки аддиктивного стану хворих на невротичні розлади. Встановлено, що хворі на невротичні розлади більш схильні до формування станів залежності. Окрім того, хворі на дисоціативні та тривожно-фобічні розлади виявляються більш схильними до накопичення різних варіантів залежностей (формування «мультиморбідних» станів). Як найбільш «аддиктивно небезпечний» невротичний розлад визначено дисоціативні розлади. Структуру аддикцій як у хворих на невротичні розлади, так і у здорових осіб очолюють: залежність від тютюну, їжі, Інтернету та роботи/навчання, що відображає загальнопопуляційні тенденції аддиктивного стану нашого суспільства. Особливості аддиктивного стану хворих на невротичні розлади полягають в послідовності розташування «найпоширеніших» аддикцій, а також в більшій частотній представленості та варіабельності аддиктивних об'єктів.

Ключові слова: аддикції, невротичний розлад, коморбідність, мультиморбідність

Представлены результаты комплексной оценки аддиктивного состояния больных с невротическими расстройствами. Установлено, что больные с невротическими расстройствами более склонны к формированию состояний зависимости. Кроме того, больные с диссоциативными и тревожно-фобическими расстройствами более склонны к накоплению разных вариантов зависимостей (формированию «мультиморбидных» состояний). В качестве наиболее «аддиктивно опасного» невротического расстройства признаны диссоциативные расстройства. Структуру аддикций, как у больных с невротическими расстройствами, так и у здоровых, возглавляют: зависимость от табака, еды, интернета и работы/обучения, что отражает общепопуляционные тенденции аддиктивного состояния нашего общества. Особенности структуры аддикций больных с невротическими расстройствами заключаются в последовательности размещения «распространенных» аддикций, а так же в большей частотной представленности и вариабельности аддиктивных объектов.

Ключевые слова: аддикции, невротическое расстройство, коморбидность, мультиморбидность

The results of a comprehensive evaluation of the addictive condition in patients with neurotic disorders. It was found that patients with neurotic disorders are more prone to the formation of addictive behavior. In addition, patients with dissociative and anxiety and phobic disorders are more prone to the accumulation of different options dependencies (the formation of "multimorbid" addiction). As the most "dangerous addictive" neurotic disorders recognized dissociative disorders. The structure of addictions, both in patients with neurotic disorders, and healthy, head: dependence on tobacco, food, internet and work / study, which reflects the general population of addictive tendencies state of our society. The structure features of addiction in patients with neurotic disorders are in the sequence of placement "common" addiction, as well as a greater frequency representation and variability addictive objects.

Keywords: addiction, neurotic disorder, comorbidity, multimorbid

Сучасні психічні розлади, окрім стрімкого поширення, характеризуються також значним клініко-психопатологічним патоморфозом, практичною відсутністю класичних клінічних форм та поширеністю коморбідної психічної патології [1—3]. В загальній структурі психічних захворювань переважна частка належить не психотичним психічним розладам, що пов'язані, перш за все, зі стресовими, психотравмуючими факторами, зниженням адаптаційних ресурсів особистості в сучасних умовах геополітичних змін, загроз терористичних актів, військових конфліктів та загалом стрімким темпом життя та інфор-

маційного прогресу [2, 4]. Зокрема, в структурі сучасних невротичних розладів усе частіше спостерігаються ознаки аддиктивної поведінки [5, 6]. Одним із найчастіших варіантів коморбідності є поєднання невротичної хвороби з аддиктивними розладами. Зокрема, стани залежності від різних об'єктів вживання фіксуються у 61,82 % хворих на дисоціативні розлади, у 56,52 %, хворих на тривожно-фобічні розлади, та у 56,52 % хворих на неврастенію. Проте, даних щодо клінічних особливостей, перебігу, формування невротичних розладів з коморбідними аддикціями в літературі немає, що створює певні труднощі в діагностиці та терапії подібних станів та зумовлює актуальність та доцільність запропонованої роботи.

Зазначене вище зумовлює актуальність, доцільність та мету цього дослідження — визначити клініко-психопатологічну характеристику у хворих на невротичні розлади з аддиктивною поведінкою.

В рамках дослідження обстежено 202 особи, серед яких 150 хворих на невротичні розлади (49 осіб з тривожно-фобічними розладами (F40.8), 55 — зі змішаними дисоціативними (конверсійними) розладами (F44.7) та 46 — з неврастенією (F48.0)), а також 52 особи без невротичного розладу, далі по тексту — «здорові».

Для виявлення особливостей формування та перебігу невротичного розладу у хворих використовували анамнестичні дані.

Як інструментарій дослідження для комплексного оцінювання різних варіантів та вираженості аддиктивної поведінки в обстежуваних осіб використовували систему AUDIT-подібних тестів [7]. Для аналізу отриманих даних застосовували методи описової та порівняльної статистики з використанням комп'ютерних програм Excel та SPSS for Windows 15.0.

Оцінювання вираженості аддиктивних тенденцій у обстежуваних осіб проводили відповідно до запропонованих в AUDIT-тестах градацій (діапазонів вираженості аддиктивних тенденцій): 0 балів — відсутність досвіду

вживання; 1—7 балів — відносно безпечне вживання; 8—15 балів — небезпечне «ризиковане» вживання; 16—19 балів — вживання, що супроводжується шкідливими наслідками; 20—40 балів — наявність клінічної залежності.

Отримані частоти результатів дослідження щодо запропонованих градацій наведено в таблиці.

Згідно з отриманими даними, у хворих на невротичні розлади, незалежно від нозологічної групи, вірогідно частіше діагностувалась наявність станів залежності (показники за даними AUDIT-тестів більше ніж 20 балів), порівняно з загальною популяцією населення. Зокрема, серед хворих на дисоціативні розлади наявність залежності фіксувалась у 61,82 %, серед хворих на неврастенію — в 56,52 %, серед хворих на тривожно-фобічні розлади — в 56,52 %, порівняно зі «здоровими» особами — 40,38 %, при $p < 0,0087$, $p < 0,0390$ та $p < 0,0458$, відповідно. Окрім цього, відсутність ознак аддиктивної поведінки (до 16 балів) вірогідно рідше діагностувалась у хворих на дисоціативні розлади в 21,8 %, порівняно зі «здоровими» — 38,46 %, при $p < 0,0294$. Тобто, отримані дані свідчать, що хворі на невротичні розлади більш схильні до формування станів аддиктивної залежності. При цьому найбільш «аддиктивно небезпечними» виявляються дисоціативні розлади.

Результати діагностики станів аддиктивної залежності за AUDIT-подібними тестами у здорових осіб та хворих на невротичні розлади (за даними частотного аналізу)

Показники	Частоти ознак в групах порівняння (абс./%)			
	Здорові n = 52	Хворі		
		F40.8 n = 49	F44.7 n = 55	F48.0 n = 46
Наявність залежності (більше ніж 20 балів)	21/40,38	28/57,1*	35/63,64**	26/56,52**
Граничний рівень вживання (вживання зі шкідливими наслідками на рівні 16—19 балів)	11/21,15	7/14,3	8/14,55	4/8,7
Відсутність аддиктивної поведінки (до 16 балів)	20/38,46	14/28,57	12/21,8	16/34,78
Діагностовано «чисту» залежність (один об'єкт залежності)	15/28,85	12/24,5	14/25,45	15/32,61
Діагностовано «мультиморбідну» залежність (більше ніж один об'єкт залежності)	6/11,54	16/32,65**	21/38,18*	11/23,91**

Примітка. Вірогідність різниць між групами на рівні: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$

За показниками граничного рівня вживання (тобто вживання зі шкідливими наслідками на рівні 16—19 балів) статистичних різниць між групами порівняння отримано не було.

Аналіз результатів AUDIT-тестів також показав, що в деяких випадках у однієї особи діагностувалась наявність більш ніж одна залежність, тобто «мультиморбідна» залежність, що вірогідно частіше спостерігалось серед хворих на дисоціативні (38,18 %) та тривожно-фобічні (32,65 %) розлади, порівняно зі здоровими особами (11,54 %), при $p < 0,0011$ та $p < 0,0073$, відповідно. Отримані дані свідчать про те, що хворі на дисоціативні та тривожно-фобічні розлади схильні до накопичення різних станів залежності.

Графічно структуру виявлених аддикцій обстежуваних осіб наведено на рисунку 1 (відсоток осіб, у яких було діагностовано наявність клінічної залежності, тобто більше ніж 20 балів за AUDIT-тестами).

Як видно з наведених даних, до топ-п'ятірки найбільш поширених аддикцій всіх обстежуваних осіб, незалежно від груп порівняння, увійшли такі об'єкти вживання:

тютюн, їжа, Інтернет і робота/навчання, що відображає переважання в пацієнтів соціально прийнятих пристрастей. Різниця між групами порівняння полягала в послідовності розташування «найпоширеніших» аддикцій, а також в кількості різновидів та частотній представленості аддиктивних станів.

Зокрема, здорові особи найчастіше виявляли залежність від тютюну (17,31 %), Інтернету (9,62 %), роботи/навчання (7,69%), їжі (7,69%), комп'ютерних ігор (5,77%), телебачення (5,77%) та чаю або кави (3,35%). Можливо, перелічені варіанти аддикцій поєднують в собі як активуючу, так і седативну дію на емоційний стан.

У хворих на невротичні розлади стани залежності діагностувались не тільки частіше, ніж у здорових, але і в більш широкому діапазоні варіантів. Загалом варіанти об'єктів аддиктивних вподобань хворих на невротичні розлади цілком відображали характер та специфіку невротичного розладу. Зокрема, в структурі аддикцій хворих на тривожно-фобічні розлади першість займає залежність від їжі (22,45%), що відображає тенденцію «заїдати» тривогу.

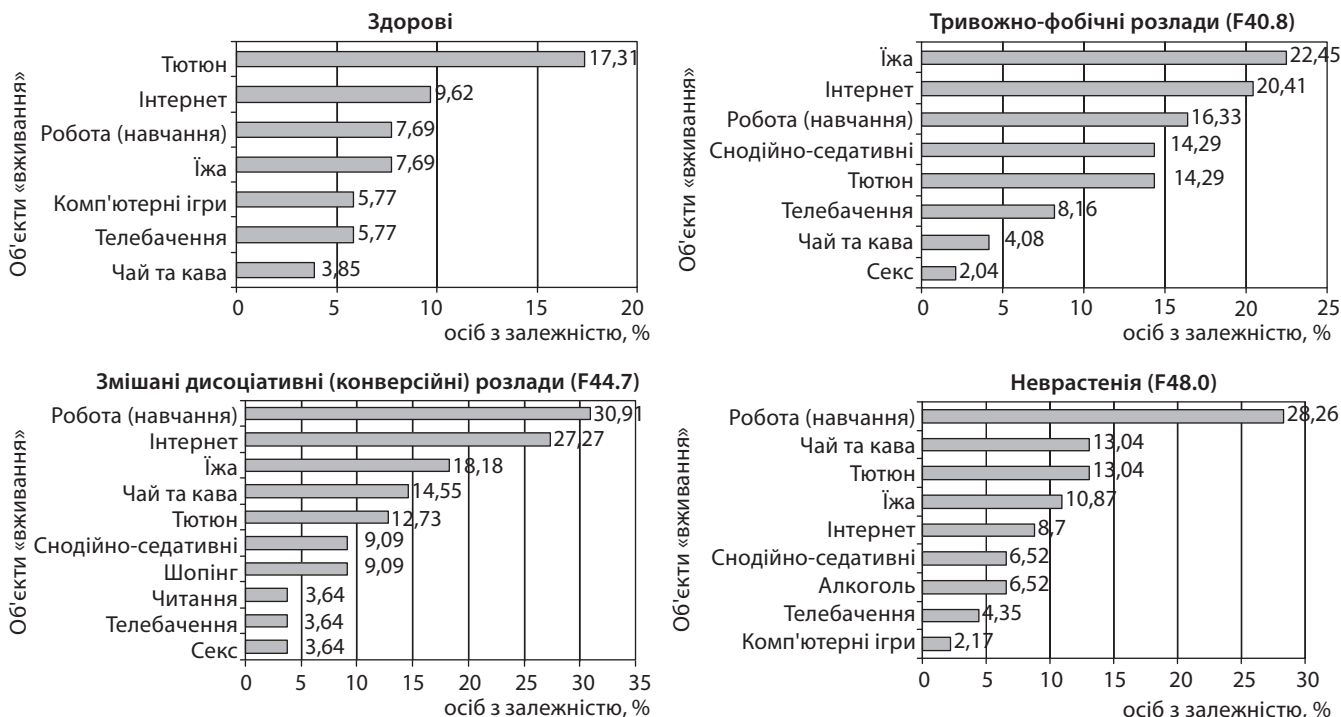


Рис. 1. Структура аддикцій в обстежених групах осіб

Далі йдуть аддикції, що також спрямовані на дію «відволікання від тривожних почуттів» та їх седативні: Інтернет-залежність (20,41 %), залежність від роботи/навчання (16,33 %), залежність від снодійно-седативних речовин (14,29 %) та тютюну (14,29 %). Окрім того, в структурі аддикцій хворих на тривожні розлади також наявні залежності від перегляду телевізійних програм (ТП) (8,15 %), чаю/кави (4,08 %) та сексу (2,04 %).

Хворі на дисоціативні розлади характеризувались найбільшою варіабельністю виявлених аддикцій. Найбільш питому вагу в структурі аддикцій у хворих цієї групи займали залежність від роботи/навчання (30,91 %) та Інтернету (27,27 %). Наступними були «оральні» варіанти залежностей: залежність від їжі (18,18 %), чаю/кави (14,55 %), тютюну (12,73). Крім того, фіксувались також залежності від снодійно-седативних речовин (9,09 %), від шопінгу (9,09 %), читання (3,64 %), телебачення (3,64 %) та сексу (3,64 %). Загалом усі перелічені варіанти аддикцій можна охарактеризувати як ті, що дозволяють знизити емоційне напруження або відволіктись від нього.

У хворих на неврастенію в структурі аддикцій також переважала залежність від роботи/навчання (28,26 %), наступними були «оральні» варіанти залежностей: від чаю/кави (13,04 %), тютюну (13,04 %) та їжі (10,87 %), які найчастіше супроводжують захоплення роботою. До перелічених аддикцій у хворих на неврастенію також додавались залежність від алкоголю (6,52 %) та снодійно-седативних речовин (6,52 %). Окрім того, у хворих цієї групи також діагностувались аддикції у вигляді Інтернет-залежності (8,7 %), залежності від перегляду ТП (4,35 %) та залежності від комп'ютерних ігор (2,17 %). Варто зауважити, що аддикції хворих на неврастенію мають як емоційно седативний, так і емоційно стимулювальний характер (компонент азарту в випадку з комп'ютерними іграми).

Окрім цього, хворі на невротичні розлади також характеризуються високою ймовірністю поєднання декількох станів залежності.

Згідно з отриманими даними, статистично доведено, що серед хворих на тривожно-фобічні та дисоціативні розлади вірогідно частіше спостерігались «поєднані» (коморбідні) варіанти залежностей (в 32,65 % та 38,18 % випадків), порівняно зі здоровими (в 11,54 % випадків), при $p < 0,0073$; $p < 0,0011$, відповідно. У хворих на неврастенію наявність «коморбідних» станів залежності також фіксувалась дещо частіше (в 23,91 % випадків), ніж серед здорових (в 11,54 % випадках), але лише на рівні тенденції (без статистичної різниці). Треба зазначити, що найчастіше у хворих на тривожно-фобічні розлади спостерігалось поєднання станів залежності від їжі та Інтернету (в 12,24 % випадків), порівняно зі здоровими, у яких подібне поєднання спостерігалось лише в 1,9 % випадків, при $p < 0,0422$. У хворих же на дисоціативні розлади найчастіше поєднувались такі стани залежності: залежність від роботи/навчання та Інтернету (в 16,36 % випадків); залежність від їжі та Інтернету (в 10,9 % випадків); залежність від чаю/кави з залежністю від їжі (в 9,09 % випадків), від роботи (в 9,09 % випадків) та Інтернету (в 7,27 % випадків). Хворі на неврастенію найчастіше виявляли поєднання станів залежності від роботи/навчання та чаю/кави (в 6,62 % випадків), а також залежностей від тютюну та алкоголю (в 6,62 % випадків). У практично здорових осіб спостерігались лише поодинокі варіанти поєднання різних станів залежностей (на рівні лише 3,8 та 1,9 % випадків).

Індекс сполучення об'єктів «вживання» розраховували за такою формулою: $I_c = N_{comb}/N_{given}$, де N_{given} — кількість осіб в групі з залежністю від окремо заданого об'єкта «вживання»; N_{comb} — сумарна кількість випадків наявності сполучення залежності від заданого об'єкта «вживання» з залежностями від інших об'єктів вживання серед осіб групи обстеження.

Обчислювали узагальнений показник «сполучення» аддикцій як середній бал за всіма об'єктами «вживання», що аналізували для кожної групи обстеження (рис. 2), а індекс сполучення розраховували окремо за конкретними об'єктами вживання (рис. 3).

Згідно з отриманими даними, найбільшим показником сполучення аддикцій характеризувались хворі на змішані дисоціативні розлади ($I_c = 1,14$), майже вдвічі меншим показником сполучення аддикцій виявився у хворих на неврастенію ($I_c = 0,62$) та тривожно-фобічні розлади ($I_c = 0,57$). Серед практично здорових осіб показник сполучення аддикцій був найменшим ($I_c = 0,25$), а саме більш ніж у чотири рази менший, ніж у хворих на дисоціативні розлади, і більш ніж в двічі менший, ніж у хворих на неврастенію та тривожно-фобічні розлади.

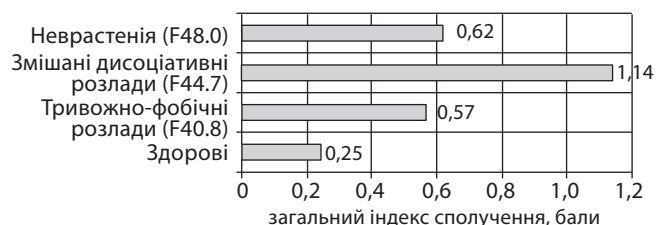
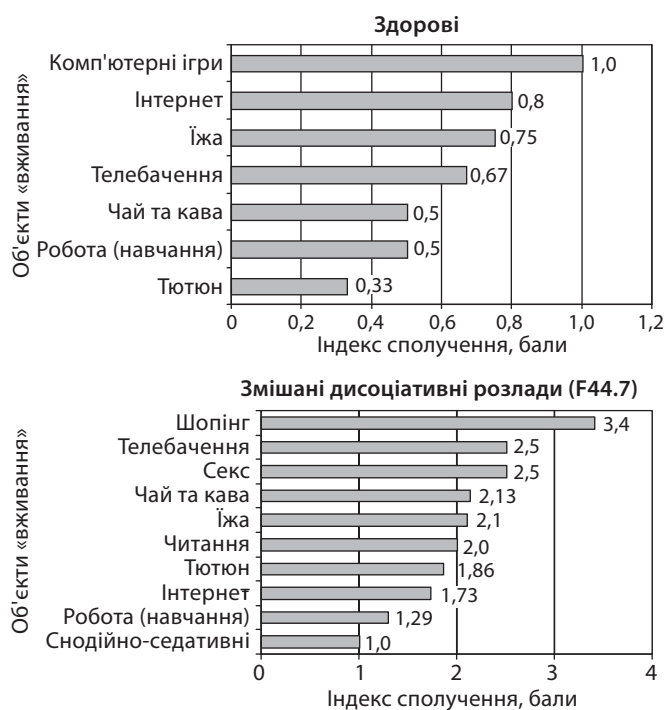


Рис. 2. Загальний показник (середній бал) індексу сполучення аддикцій у обстежуваних осіб



Тобто, хворі на невротичні розлади характеризувались схильністю до «накопичення» різних варіантів залежностей, яка найбільш вираженою виявлялась саме у хворих на дисоціативні розлади.

На рисунку 3 наведено рейтинги індексів сполучення окремо за конкретними об'єктами вживання для кожної з груп обстежуваних.

Наведені показники свідчать про середню кількість аддикцій, окрім тієї, що аналізується, у респондентів конкретної групи. Як вже зазначалося вище, у практично здорових осіб зафіксовано найнижчі показники індексів сполучення залежностей, з яких найвищим є індекс сполучення за об'єктом «вживання» комп'ютерні ігри ($I_c = 1,0$), тобто особи без невротичних розладів з залежністю від комп'ютерних ігор мають в середньому ще одну аддикцію від інших об'єктів «вживання». Інші об'єкти вживання у практично здорових осіб за індексом сполучення не перетинають поріг в 1,0 бал і дорівнюють: Інтернет ($I_c = 0,8$); їжа ($I_c = 0,75$); телебачення ($I_c = 0,67$); чай/кава ($I_c = 0,5$); робота/навчання ($I_c = 0,5$) та тютюн ($I_c = 0,33$).

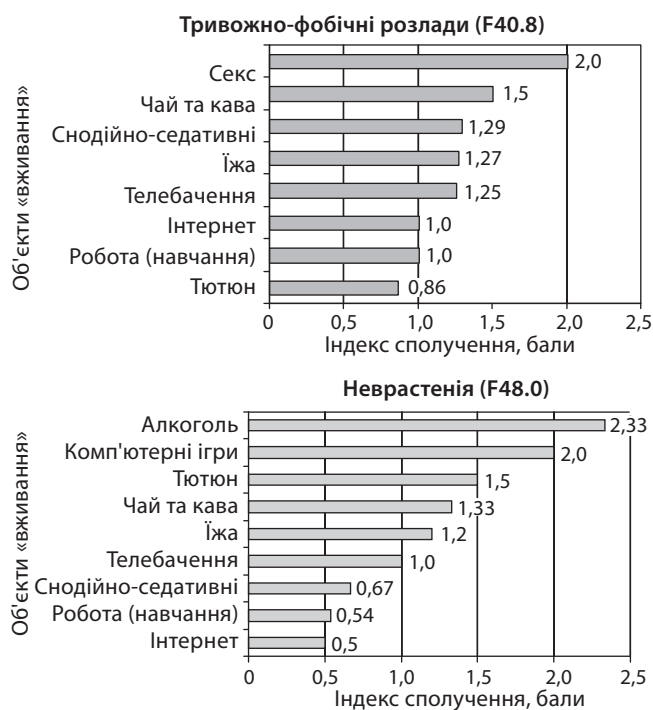


Рис. 3. Індеси сполучення різних об'єктів «вживання» в обстежуваних осіб

Зовсім інша картина спостерігається у хворих на невротичні розлади. Зокрема, у хворих на тривожно-фобічні розлади вже 7 об'єктів «вживання» характеризуються сполученням з ще однією і більше залежностями ($I_c \geq 1$). За рейтингом індексів сполучення аддикцій у хворих на тривожно-фобічні розлади на першій позиції був секс ($I_c = 2,0$), тобто хворі з тривожно-фобічними розладами, які виявилися залежними від сексу, мають в середньому ще 2 залежності від інших об'єктів. Далі за рейтингом «сполучення» у хворих цієї групи йдуть чай/кава ($I_c = 1,5$), снодійно-седативні-препарати ($I_c = 1,29$), їжа ($I_c = 1,27$), телебачення ($I_c = 1,25$), Інтернет ($I_c = 1,0$), робота ($I_c = 1,0$) та тютюн ($I_c = 0,86$).

У хворих на дисоціативні розлади спостерігається найбільша кількість, а саме 10 об'єктів вживання, що поєднуються ще з однією і більше залежностями ($I_c \geq 1$).

Найвищий індекс сполучення у хворих цієї групи належить шопінгу ($I_c = 3,4$), тобто хворі на дисоціативні розлади, що залежні від шопінгу, мають в середньому ще 3—4 залежності від інших об'єктів вживання. Також здатними «притягувати» до себе інші аддикції у хворих на дисоціативні розлади виявилися телебачення ($I_c = 2,5$), секс ($I_c = 2,5$), чай/кава ($I_c = 2,13$), їжа ($I_c = 2,1$), читання ($I_c = 2,0$), тютюн ($I_c = 1,86$), Інтернет ($I_c = 1,73$), робота/навчання ($I_c = 1,29$) та снодійно-седативні препарати ($I_c = 1,0$).

У хворих на неврастенію дещо менша кількість, порівняно з іншими формами неврозів, а саме 5 об'єктів «вживання» характеризуються сполученням ще з однією і більше залежностями. Перше місце за рівнем сполучення у хворих на неврастенію займає алкоголь ($I_c = 2,33$), далі йдуть комп'ютерні ігри ($I_c = 2,0$), тютюн ($I_c = 1,5$), чай/кава ($I_c = 1,33$), їжа ($I_c = 1,2$) і телебачення ($I_c = 1,0$).

Загалом за результатами аналізу показників індексу сполучення варто ще раз підкреслити, що хворі на невротичні розлади більш схильні, з одного боку, до формування станів залежності, з іншого — до накопичення декількох аддикцій одночасно. Лідером в накопиченні аддиктивних станів є змішані дисоціативні розлади.

Розроблений комплекс терапії, який включав техніки екзистенціальної психотерапії та проблемно-орієнтованої терапії, що застосовували у поєднанні з фармакотерапією (хлорпроксен, карбамазепін), використовували 24 дні у стаціонарних умовах, 2 місяці — амбулаторно. Основними критеріями ефективності терапевтичного комплексу були редукція тривожно-фобічної симптоматики та ознак вживання (після лікування клінічні ознаки залежностей реєструвалися у 10,2 % пацієнтів, $p < 0,001$).

Результати проведеного комплексного аналізу особливостей аддиктивного статусу обстежених осіб дозволяють констатувати таке.

Виявлено, що хворі на невротичні розлади більш схильні до формування аддикцій: стани залежності від різних об'єктів вживання фіксуються у 61,82 % хворих на дисоціативні розлади, у 56,52 %, хворих на тривожно-фобічні розлади, та у 56,52 % хворих на неврастенію, порівняно зі «здоровими» особами — 40,38 %, при $p < 0,0087$, $p < 0,0390$ та $p < 0,0458$, відповідно.

Найбільш поширеними варіантами аддикцій в усіх групах порівняння є залежність від тютюну, їжі, Інтернету та роботи/навчання, що відображає загальнопопуляційні тенденції аддиктивного стану нашого суспільства.

Особливості аддиктивного стану хворих на невротичні розлади полягають в послідовності розташування «найпоширеніших» аддикцій, а також в більшій частотній представленості та варіабельності аддиктивних об'єктів. Зокрема, окрім загальнопопуляційних варіантів аддикцій у хворих на невротичні розлади також діагностувались стани залежності від снодійно-седативних препаратів (при всіх формах неврозів), сексу (при дисоціативних та тривожно-фобічних розладах), шопінгу та читання (при дисоціативних) та алкоголю (при неврастенії).

Встановлено, що хворі на невротичні розлади схильні до накопичення аддикцій, тобто до формування «поєднаних», коморбідних форм залежностей. Лідером в накопиченні аддиктивних станів є змішані дисоціативні розлади ($I_c = 1,14$), далі йдуть хворі на неврастенію ($I_c = 0,62$) та тривожно-фобічні розлади ($I_c = 0,57$), порівняно з практично

здоровими особами, показник сполучення аддикцій яких виявився найменшим ($I_c = 0,25$).

Ефективним комплексним терапевтичним засобом виявився комплекс психотерапії та фармакотерапії.

Список літератури

1. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20, вип. 3 (72). С. 13—19.
2. Волошин П. В., Марута Н. А. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та преп'ятствія // Там само. 2015. Т. 23, вип. 1 (82). С. 5—11.
3. Чабан О. С. Патоморфоз неврозів (клініко-психопатологічні, соціально-психологічні та конституціонально-біологічні закономірності): дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16 — Психіатрія / Український НІІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії. Харків, 1997. 455 с.
4. Зільберблат Г. М. Реформування психіатричної служби крізь призму наркологічних проблем // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 74—78.
5. Битенський В. С., Аймедов К. В., Пахмурний В. А. Клініко-психопатологічні аспекти трансформації аддиктивного поведіння в умовах «інформаційного взрива» // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2006. № 1 (9). С. 161—167.
6. Клініко-психопатологічні особливості тривожно-фобічних расстройств с аддиктивними порушеннями / [Марута Н. А., Колядко С. П., Денисенко М. М., Каленська Г. Ю.] // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 115—116.
7. Система AUDIT-подобних тестів для комплексної оцінки аддиктивного статусу індивіда та популяції [Електронний ресурс] / Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф., Гриневич Е. Г. [и др.] // Новости украинской психиатрии. Киев; Харьков, 2009. Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm>.

Надійшла до редакції 29.09.2017 р.

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: mddenisenko@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: mddenisenko@ukr.net