

М. М. Денисенко

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ З АДДИКЦІЯМИ В КЛІНІЧНІЙ КАРТИНІ

М. М. Денисенко

Клинико-психопатологические признаки невротических расстройств с аддикциями в клинической картине

М. М. Denysenko

Clinico-psychopathological signs of neurotic disorders with addictions in the clinical picture

В статті викладено результати дослідження особливостей формування, перебігу та клініко-психопатологічних особливостей неврозів, що коморбідні з аддикціями. Проаналізовано початок, перебіг та тривалість невротичної хвороби, провідні психопатологічні чинники її формування та симптоматичні прояви. Встановлено, що неврози з аддикціями в клінічній картині характеризуються підгострим або затяжним початком захворювання; переважанням приступоподібного або безперервного перебігу; одночасним сполученням гострих та хронічних психотравмуючих чинників, наявністю емоційно-ізоляційних психотравмуючих чинників (особливо при неврастенії); високим рівнем виразності невротичної симптоматики, зокрема вегетативних порушень (що властиво для всіх форм неврозів), а також тривожних та обсесивно-фобічних проявів при тривожно-фобічних розладах; депресивних, істеричних, астеничних та обсесивно-фобічних — при дисоціативних.

Ключові слова: невротичні розлади, аддикції, клініко-психопатологічні особливості

В статье изложены результаты исследования особенностей формирования, течения и клинико-психопатологических особенностей неврозов, коморбидных с аддикциями. Проанализированы особенности начала, течения и длительности невротической болезни, ведущие психопатологические факторы ее формирования и симптоматические проявления. Установлено, что неврозы с аддикциями в клинической картине характеризуются подострым или затяжным началом; преобладанием приступообразного или непрерывного типа течения; сочетанием острых и хронических психотравм, наличием эмоционально-изоляционных психотравмирующих факторов (особенно при неврастеннии); высоким уровнем выраженности невротической симптоматики, в частности вегетативных нарушений (что характерно для всех форм неврозов), а также тревожных и обсесивно-фобических проявлений при тревожно-фобических расстройствах; депрессивных, истерических, астенических и обсесивно-фобических — при диссоциативных.

Ключевые слова: невротические расстройства, аддикции, клинико-психопатологические особенности

The article presents the results of studies of the formation and flow of clinical and psychopathological features of neurosis, comorbid with addiction.

The features of the beginning, the course and duration of clinic and neurotic illness with comorbid addiction. It was found that neurosis with addictions in the clinical picture characterized by subacute or protracted beginning; prevalence of paroxysmal or continuous flow type; a combination of acute and chronic psychotrauma, the presence of emotional insulation stressful factors (especially for neurasthenia); a high level of expression of neurotic symptoms, in particular, vegetative disorders (which is typical for all forms of neurosis), as well as anxiety and obsessive-phobic manifestations in anxiety and phobic disorders; depressive, hysterical, and asthenic obsessive-phobic — in dissociative disorder.

Key words: neurotic disorders, addiction, clinical and psychopathological features

Питання психічного здоров'я населення набуває все більшої актуальності через прогресивне збільшення рівня психічних та поведінкових розладів в загальній структурі захворюваності. Згідно з даними Європейської колегії нейропсихофармакології (ECNP), кількість осіб з розладами психічного здоров'я становила на кінець 2010 року третину населення Європи [1, 8]. В загальній структурі психічних захворювань переважна частка належить непсихотичним психічним розладам, що пов'язані, насамперед, зі стресовими, психотравмуючими чинниками, зниженням адаптаційних ресурсів особистості в сучасних умовах геополітичних змін, загроз терористичних актів, військових конфліктів, та загалом стрімким темпом життя та інформаційного прогресу [1, 5]. Окрім стрімкого поширення, в структурі психічної патології відзначається тенденція до формування поєднаних, коморбідних психічних станів [2, 4, 6]. Одним із найчастіших варіантів коморбідності є поєднання невротичної хвороби з аддиктивними розладами. Зокрема, стани залежності від різних об'єктів вживання фіксують у 61,82 % хворих на дисоціативні розлади, у 56,52 % хворих на тривожно-фобічні розлади та у 56,52 % хворих на неврастенію [3]. Проте даних щодо особливостей формування та перебігу невротичних розладів з коморбідними аддикціями в літературі не має, що виявляє певні труднощі в діагностиці

та терапії подібних станів та зумовлює актуальність та доцільність запропонованої роботи.

Мета — дослідити особливості формування, перебігу та клінічного оформлення невротичних розладів, що коморбідні з аддикціями.

В дослідженні взяли участь 150 хворих на невротичні розлади. Поділ на групи порівняння здійснювали відповідно до результатів AUDIT-подібних тестів: пацієнти з аддикціями (20 та більше балів) склали основні групи дослідження, а пацієнти без аддикцій (до 20 балів) — контрольні. Основні групи дослідження склали 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.

Як методи дослідження були використані: система AUDIT-подібних тестів для комплексної оцінки аддиктивного статусу (Лінський І. В., Мінко О. І. та ін.) та клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К. К. Яхін, Д. М. Менделевич), а також клініко-статистичні методи аналізу отриманих даних з використанням комп'ютерних програм Excel [7, 9].

Результати аналізу особливостей формування та перебігу невротичних розладів у хворих досліджуваних груп продемонстрували, що у хворих на неврози, незалежно від форми та групи порівняння, спостерігалось переважання підгострого початку захворювання, як одного

з найпоширеніших варіантів формування неврозів (табл. 1). Однак серед хворих на тривожно-фобічні та дисоціативні розлади, що коморбідні з аддикціями, окрім підгострого початку (55,56 % та 51,43 %) спостерігалось також переважання зтяжнього типу (33,33 % та 31,43 %) формування невротичного захворювання. Тоді як гострий початок захворювання у цих хворих спостерігався значно рідше: в 11,11 % та 17,14 % випадків, ніж у хворих без аддикцій — в 36,36 % та 40 % випадків, відповідно, при $p = 0,0321$ та $p = 0,0469$. У хворих же на тривожно-фобічні та дисоціативні розлади без аддикцій спостерігалось превалювання підгострого та гострого варіантів початку невротичної хвороби.

У хворих на неврастенію з адиктивними порушеннями початок невротичного розладу також був переважно підгострим (53,85 %) або зтяжним (38,48 %). При цьому саме зтяжний тип формування невротичного розладу спостерігався достовірно частіше серед хворих на неврастенію з аддикціями (38,48 %), ніж у хворих без аддикцій (10 %), при $p = 0,0259$. Тоді як у хворих без аддикцій формування неврастенії здебільшого відбувалось підгостро (в 80 % випадків), порівняно з хворими з аддикціями (53,85 %), при $p = 0,0472$.

Аналіз особливостей перебігу невротичного розладу показав, що тривожно-фобічні розлади, коморбідні з аддикціями, характеризувались переважно присту-

поподібним (48,15 %) та безперервним (33,33 %) типом перебігу. Тоді як перебіг тривожно-фобічних розладів без аддикцій був переважно періодичним (45,45 %) та приступоподібним (40,91 %). Саме періодичний тип перебігу значно рідше спостерігався у хворих з аддикціями при тривожно-фобічному неврозі (18,52 %), порівняно з хворими без аддикцій (45,45 %), при $p = 0,0331$.

У хворих на дисоціативні розлади також спостерігалась аналогічна ситуація: у хворих з аддикціями перебіг невротичного захворювання був переважно приступоподібним (51,43 %) та безперервним (25,71 %), тоді як у хворих без аддикцій переважав приступоподібний (55 %) та періодичний (35 %) типи перебігу. Однак ці дані є лише тенденцією, тому що статистично значущих різниць за цим показником серед хворих досліджуваних груп отримано не було.

У хворих на неврастенію відзначалось переважання приступоподібного та безперервного типу перебігу хвороби, незалежно від груп порівняння, що відображало загальну специфіку формування цієї форми неврозу.

Переважає приступоподібного типу перебігу невротичних розладів свідчило про наявність у більшості хворих на неврози, незалежно від форми та групи порівняння, так званої невротичної готовності, коли майже незначний фактор призводив до запуску невротичної симптоматики.

Таблиця 1. Особливості формування та перебігу невротичного розладу у хворих досліджуваних груп

Критерій	Тривожно-фобічні розлади (F 40.8)				Змішані дисоціативні (конверсійні) розлади (F 44.7)						Неврастенія (F 48.0)					
	з аддикціями <i>n</i> = 27		без аддикцій <i>n</i> = 22		<i>p</i>	з аддикціями <i>n</i> = 35		без аддикцій <i>n</i> = 20		<i>p</i>	з аддикціями <i>n</i> = 26		без аддикцій <i>n</i> = 20		<i>p</i>	
	абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%		
Початок хвороби:																
гострий	3	11,11	8	36,36	0,0321	6	17,14	8	40,00	0,0469	2	7,69	2	10,00	0,3784	
підгострий	15	55,56	11	50	0,2102	18	51,43	9	45,00	0,1993	14	53,85	16	80,00	0,0472	
зтяжний	9	33,33	3	13,64	0,0782	11	31,43	3	15,00	0,1093	10	38,46	2	10,00	0,0259	
Перебіг хвороби:																
періодичний	5	18,52	10	45,45	0,0331	8	22,86	7	35,00	0,1533	3	11,54	4	20,00	0,1545	
приступоподібний	13	48,15	9	40,91	0,2	18	51,43	11	55,00	0,214	12	46,15	9	45,00	0,2337	
безперервний	9	33,33	3	13,64	0,0782	9	25,71	2	10,00	0,1121	11	42,3	7	35,00	0,2125	
Тривалість хвороби:																
до 1 року	5	18,52	7	31,82	0,1492	8	22,86	8	40,00	0,0997	5	19,23	7	35,00	0,1311	
до 3 років	12	44,44	10	45,45	0,2262	19	54,29	9	45,00	0,1783	12	46,15	9	45,00	0,2336	
понад 3 роки	10	37,04	5	22,73	0,141	9	25,71	3	15,00	0,1835	9	34,61	4	20,00	0,1488	

Примітка. Достовірність різниць між групами на рівні: $p < 0,05$; $p < 0,01$ виділено заливкою сірого кольору

При цьому варто зазначити, що значне переважання періодичного типу перебігу хвороби у хворих на тривожно-фобічні розлади без аддикцій свідчило про відсутність у них ознак невротичної особистості, на відміну від хворих з аддикціями.

Тоді як у хворих на тривожно-фобічні та дисоціативні розлади з аддикціями, а також в усіх хворих на неврастенію спостерігається тенденція до формування невротичної особистості, про що свідчить більша частка пацієнтів з безперервним перебігом хвороби. За тривалістю хвороби статистичних різниць між групами порівняння отримано не було. Однак стає очевидною така тенденція:

у хворих з аддикціями невротичні розлади характеризуються більшою тривалістю (більш ніж до 1 року, а саме — до 3-х та понад 3 роки), порівняно з хворими без аддикцій, в групах яких більша частка хворих — з тривалістю невротичного розладу до 1-го року та до 3 років.

Аналіз психогенних чинників за тривалістю дії (табл. 2) показав, що у хворих на тривожно-фобічні та дисоціативні розлади з аддикціями значно частіше спостерігалось поєднання хронічних та гострих психотравм (в 37,04 % та 45,71 % випадках), порівняно з хворими на ці ж форми неврозів без аддикцій (13,64 % та 20 %, відповідно, при $p = 0,0495$ та $p = 0,0389$). Поєднані психотравми

значно посилювали дезадаптацію хворих та надавали дію за принципом останньої краплі. За тривалістю дії психотравмуючих чинників серед хворих на неврастенію двох груп порівняння достовірних різниць отримано не було.

Загалом у хворих на неврастенію обох груп спостерігалось переважання хронічних психотравмуючих чинників. Як тенденцію також відзначали більшу кількість поєднаних (хронічних та гострих) психогенній у хворих на неврастенію з аддикціями.

Таблиця 2. Провідні чинники психотравматизації, що призвели до розвитку невротичного захворювання

Чинники психотравматизації	F 40.8					F 44.7					F 48.0				
	з аддикціями n = 27		без аддикцій n = 22		p	з аддикціями n = 35		без аддикцій n = 20		p	з аддикціями n = 26		без аддикцій n = 20		p
	абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%	
За тривалістю дії:															
гострі	6	22,22	10	45,45	0,0571	10	28,57	9	45	0,1098	5	19,23	5	25	0,2502
хронічні	11	40,74	10	45,45	0,2159	9	25,71	7	35	0,1840	12	46,15	10	50	0,2261
поєднані	10	37,04	3	13,64	0,0495	16	45,71	4	20	0,0389	9	34,62	5	25	0,2019
За сферами життєдіяльності:															
Пов'язані з професійною діяльністю (втрата роботи, службові конфлікти, напруження/навантаження на роботі тощо)	7	25,93	5	27,73	0,2535	10	28,57	6	30	0,2392	9	34,62	10	50	0,1389
Матеріально-побутові (погіршення матеріально-побутового рівня життя, зміна місця проживання тощо)	3	11,11	1	4,55	0,3037	2	5,71	1	5	0,4536	5	19,23	2	10	0,2335
Пов'язані зі здоров'ям (власна хвороба, хвороба близької людини, ятрогенії)	13	48,15	9	40,91	0,2008	11	31,43	6	30	0,2369	6	23,08	4	20	0,2736
Сімейно-особистісні (розпад сім'ї, сімейно-побутові конфлікти, відсутність емоційної підтримки, ревності, зрада)	14	51,85	11	50	0,2239	24	68,54	17	85	0,1093	10	38,46	12	60	0,0848
Емоційно-ізоляційні (пов'язані з відчуттям самотності)	6	22,22	1	4,55	0,0758	7	20	2	10	0,2009	5	19,23	—	—	0,048
Стресові потрясіння (ДТП, нещасні випадки, арешти, злочинні дії тощо)	2	7,41	2	9,09	0,3827	3	8,57	0	0	0,2495	—	—	—	—	—

Примітка. Достовірність різниць між групами на рівні: $p < 0,05$ виділено заливкою сірого кольору

Під час аналізу психотравмуючих чинників за сферами життєдіяльності значущих різниць за групами порівняння у хворих на тривожно-фобічні та дисоціативні розлади отримано не було.

Серед чинників психотравматизації у хворих на тривожно-фобічні розлади обох груп превалювали сімейно-особистісні психотравми (51,85 % — у хворих з аддикціями та 50 % — у хворих без аддикцій) та психотравми, пов'язані зі здоров'ям (48,15 % у хворих з аддикціями та 40,91 % — у хворих без аддикцій). У хворих на дисоціативні розлади провідними чинниками психотравматизації були сімейно-особистісні (у 68,54 % хворих з аддикціями та у 85 % хворих без аддикцій), також в значній кількості у хворих цієї групи були психотравми зі сфери професійної діяльності (у 28,57 % хворих з аддикціями та у 30 % хворих без аддикцій) та зі сфери здоров'я (у 31,43 % хворих з аддикціями та у 30 % хворих без аддикцій). Відмінності між групами порівняння

для цих форм неврозів спостерігались лише на рівні тенденції за представленістю емоційно-ізоляційних чинників, які частіше відзначали хворі на аддикції (22,22 % хворих на тривожно-фобічні розлади та 20 % хворих на дисоціативні розлади), тоді як хворі без аддикцій вказували на ці чинники в 4,55 % та 10 % випадків.

У хворих же на неврастенію обох груп найчастіше фіксувались психотравми в сімейно-особистісній (у 38,46 % хворих з аддикціями та у 60 % хворих без аддикцій) та професійній сферах (у 34,62 % хворих з аддикціями та у 50 % хворих без аддикцій). Відмінності між групами порівняння при неврастенії спостерігались в переважній емоційно-ізоляційних чинників, що були пов'язані з відчуттям самотності, у хворих з аддикціями (19,23 %), тоді як у хворих без аддикцій наявність подібних психотравм не була зафіксована ($p = 0,048$).

Особливості та виразність невротичної симптоматики в обстежених хворих наведено в таблиці 3. Хворі

на тривожно-фобічні розлади (F 40.8), що коморбідні з аддикціями, мали значно вищий рівень виразності тривоги ($-3,44 \pm 0,87$, при $p = 0,01$), obsесивно-фобічних ($-4,49 \pm 0,68$, при $p = 0,0025$) та вегетативних ($-3,96 \pm 1,43$, при $p = 0,027$) порушень, порівняно з хворими тієї ж форми неврозу без аддикцій в клінічній картині ($-0,16 \pm 0,86$; $-1,4 \pm 0,75$; $0,25 \pm 1,14$, відповідно). Тобто саме інтенсивність провідної симптоматики (тривоги, фобій та obsесій), а також вегетативних порушень у хворих з аддикціями була значно вищою. В клініці тривожно-фобічних розладів, що коморбідні з аддикціями, переважали obsесивно-фобічні розлади ($-4,49 \pm 0,68$), вегетативні прояви ($-3,96 \pm 1,43$), астенизація ($-3,50 \pm 0,87$) та тривога ($-3,44 \pm 0,87$). Тоді як клінічна картина тривожно-фобічних розладів без аддикцій характеризувались наявністю астеничної симптоматики ($-1,72 \pm 0,95$) та obsесивно-фобічних порушень ($-1,4 \pm 0,75$), однак значно меншого рівня виразності, ніж у хворих з аддикціями.

У хворих на змішані дисоціативні розлади (F 44.7), що коморбідні з аддикціями, також спостерігалась значно вища виразність невротичної симптоматики, зокрема за шкалами невротичної депресії ($-4,13 \pm 0,69$, при $p = 0,0638$), вегетативних порушень ($-4,59 \pm 1,4$, при

$p = 0,0472$), істеричного типу реагування ($-3,47 \pm 0,71$, при $p = -0,0449$), obsесивно-фобічних порушень ($-3,25 \pm 0,77$, при $p = 0,0499$) та астенії ($-2,34 \pm 0,82$, при $p = 0,0328$), порівняно з хворими цієї ж групи без аддикцій ($-1,36 \pm 0,96$; $-0,36 \pm 1,24$; $-0,94 \pm 1,05$; $-0,76 \pm 0,94$ та $1,39 \pm 1,00$, відповідно). Тобто, в клініці змішаного дисоціативного розладу, що коморбідний з аддикціями, спостерігалась висока інтенсивність провідних порушень (істеричних симптомів) з виразною соматовегетативною симптоматикою, депресивними, obsесивними проявами та астенизацією. В стані хворих з аддикціями найбільш інтенсивними були вегетативні порушення ($-4,59 \pm 1,4$), депресивні прояви ($-4,13 \pm 0,69$), істеричний тип реагування ($-3,47 \pm 0,71$) та obsесивно-фобічні порушення ($-3,25 \pm 0,77$), також спостерігалась наявність астеничної ($-2,34 \pm 0,82$) та тривожної ($-2,09 \pm 0,86$) невротичної симптоматики. Хворі ж на дисоціативні розлади без аддикцій відзначали в своєму стані на рівні хворобливих переважно симптоми невротичної депресії ($-1,36 \pm 0,96$) і то значно меншої інтенсивності, ніж в групі хворих з аддикціями. За іншими шкалами у хворих без аддикцій проявів хворобливого стану зафіксовано не було.

Таблиця 3. Виразність невротичної симптоматики в обстежених осіб (за опитувальником Яхіна — Менделевича)

Шкали	F 40.8			F 44.7			F 48.0		
	з аддикціями n = 27	без аддикцій n = 22	p	з аддикціями n = 35	без аддикцій n = 20	p	з аддикціями n = 26	без аддикцій n = 20	p
Тривога	$-3,44 \pm 0,87$	$-0,16 \pm 0,86$	0,0107	$-2,09 \pm 0,86$	$0,61 \pm 1,12$	0,0638	$-1,85 \pm 0,86$	$-0,29 \pm 0,91$	0,2201
Невротична депресія	$-0,89 \pm 0,91$	$0,72 \pm 0,78$	0,1761	$-4,13 \pm 0,69$	$-1,36 \pm 0,96$	0,0257	$-4,75 \pm 0,74$	$-2,58 \pm 1,01$	0,0857
Астенія	$-3,50 \pm 0,87$	$-1,72 \pm 0,95$	0,1852	$-2,34 \pm 0,82$	$1,39 \pm 1,00$	0,0328	$-2,04 \pm 0,63$	$-0,20 \pm 1,09$	0,1359
Істеричний тип реагування	$-1,57 \pm 0,89$	$0,02 \pm 0,76$	0,1802	$-3,47 \pm 0,71$	$-0,94 \pm 1,05$	0,0449	$-2,15 \pm 0,78$	$-0,86 \pm 1,09$	0,3321
Obsесивно-фобічні порушення	$-4,49 \pm 0,68$	$-1,4 \pm 0,75$	0,0025	$-3,25 \pm 0,77$	$-0,76 \pm 0,94$	0,0499	$-2,11 \pm 0,81$	$-0,84 \pm 0,75$	0,2632
Вегетативні порушення	$-3,96 \pm 1,43$	$0,25 \pm 1,14$	0,027	$-4,59 \pm 1,4$	$-0,36 \pm 1,24$	0,0472	$-4,63 \pm 1,11$	$-0,51 \pm 1,33$	0,0212

Примітки. Значення подано у форматі «Середня арифметична \pm стандартна похибка середньої арифметичної» ($M \pm m$). Достовірність різниць між групами на рівні: $p < 0,05$; $p < 0,01$ виділено заливкою сірого кольору різної інтенсивності ($p < 0,05$ — світліша). Діагностичні коефіцієнти оцінки рівня невротизації мають зворотне значення: чим нижчий показник, тим вищий рівень невротизації, і навпаки. Критичним рівнем, що свідчить про наявність хворобливих проявів за розладами, які оцінюють, є показник « $-1,28$ »

У хворих на неврастенію (F 48.0) з аддикціями в клінічній картині також була більша інтенсивність психопатологічних проявів, зокрема виразність соматовегетативних порушень ($-4,63 \pm 1,11$, при $p = 0,0212$), порівняно з хворими на неврастенію без аддикцій ($-0,51 \pm 1,33$). Хворі на неврастенію з аддикціями в своєму стані відзначали виразні депресивні прояви ($-4,75 \pm 0,74$) та вегетативні порушення ($-4,63 \pm 1,11$), а також інші психопатологічні прояви, інтенсивність яких відповідала хворобливому стану: істеричний тип реагування ($-2,15 \pm 0,78$), obsесивно-фобічні порушення ($-2,11 \pm 0,81$), астенія ($-2,04 \pm 0,63$) та тривога ($-1,85 \pm 0,86$). Хворі ж на неврастенію без аддикцій відзначали на рівні хворобливого стану наявність лише симптомів невротичної депресії ($-2,58 \pm 1,01$).

В результаті проведеного аналізу особливостей формування, перебігу та клінічного оформлення невротичних розладів з коморбідними аддикціями були виокремлені їхні певні специфічні ознаки, які полягали в такому.

Невротичні розлади, що коморбідні з аддикціями, характеризуються підгострим або затяжним початком; переважанням приступоподібного або безперервного перебігу.

В формуванні невротичних розладів з аддикціями були залучені переважно поєднані варіанти психотравм, тобто одночасне сполучення гострих та хронічних психотравмуючих чинників (особливо при тривожно-фобічних та дисоціативних розладах) з різних сфер життєдіяльності людини; окрім цього значна частка в формуванні неврозів з аддикціями належала емоційно-ізоляційним психотравмуючим чинникам, що пов'язані з переживанням відчуття самотності та відчуженості (особливо при неврастенії).

Клінічні прояви неврозів з коморбідними аддикціями характеризуються виразною інтенсивністю та різноманітністю клініко-психопатологічних симптомів: високим ступенем виразності вегетативних порушень (при всіх формах неврозів); тривожних та obsесивно-фобічних проявів (при тривожно-фобічних розладах); депресивних, істеричних, астеничних та obsесивно-фобічних (при дисоціативних).

Отримані дані можуть бути використані для удосконалення програм діагностики, профілактики та терапії хворих на неврози.

Список літератури

1. Волошин П. В., Марута Н. А. Стратегія охорони психического здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 1 (82). С. 5—11.
 2. Гуревич Г. Л. Коморбидні розлади в наркологічній практиці. Москва : «Медпрактика-М», 2007. 120 с.
 3. Денисенко М. М. Адикції хворих на невротичні розлади // Журнал вісник проблем біології і медицини — 2016. Вип. 3, т. 1 (131). С. 91—96.
 4. Зальмуни К. Ю., Менделевич В. Д. Химические и нехимические аддикции в аспекте сравнительной аддиктологии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвып. 2014. № 114 (5). С. 3—8.
 5. Зільберблат Г. М. Реформування психіатричної служби крізь призму наркологічних проблем // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 74—78.
 6. Марута, Н. А. Проблема коморбидності в сучасній психіатрії. Теоретичний, клінічний, терапевтичний і організаційні аспекти // Здоров'я України. 2013. 30.12.2013. С. 38—39.

7. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения : учебное пособие. СПб.: Речь, 2005. 445с.
 8. Статистичний довідник / ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», 2015 р.
 9. Система AUDIT-подобних тестів для комплексної оцінки аддиктивного статусу індивіда і популяції [Електронний ресурс] / [Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. и др.] // Новости украинской психиатрии. Киев ; Харьков, 2009. Режим доступа : <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm>.

Надійшла до редакції 27.12.2016 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: 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

УДК 616.89-008

О. В. Друзь, І. О. Черненко
НАПРЯМКИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПОСТСТРЕСОВИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У УЧАСНИКІВ ЛОКАЛЬНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

О. В. Друзь, И. А. Черненко
Направления медико-психологической профилактики постстрессовых психических расстройств у участников локальных боевых действий

O. V. Druz, I. A. Chernenko
Directions medical and psychological prevention post-traumatic mental stress disorders in local participants fighting

В результаті проведення комплексного дослідження учасників локальних бойових дій (антитерористичної операції) в Україні встановлені патопластичні чинники (професійної військової діяльності, соціально-демографічні, особистісні) постстресових психічних розладів і асоційованих з ними психічних порушень та на цій основі обґрунтовано напрямки медико-психологічної профілактики цього контингенту.

Ключові слова: психічні та поведінкові розлади, локальні війни, психічна дезадаптація, військовослужбовці, психопрофілактика, корекція, психосоціальна реабілітація

В результате проведения комплексного исследования участников локальных боевых действий (антитерористической операции) в Украине установлены патопластические факторы (профессиональной военной деятельности, социально-демографические, личностные) постстрессовых психических расстройств и ассоциированных с ними психических нарушений и на этой основе обоснованы направления медико-психологической профилактики данного контингента.

Ключевые слова: психические и поведенческие расстройства, локальные войны, психическая дезадаптация, военнослужащие, психопрофилактика, коррекция, психосоциальная реабилитация

As a result of a comprehensive study of members of local fighting (anti-terrorist operation) in Ukraine set pathoplastic factors (professional military activities, socio-demographic, personality) post-traumatic stress disorders and also associated mental disorders, and on this basis to substantiated areas of medical-psychological prevention (MPR) of the contingent.

Key words: mental and behavioral disorders, local war, psychic disadaptation, military personnel, psychoprophylaxis, correction, psychosocial rehabilitation

Найпотужнішим психосоціальним стресором, що впливає на усі верстви сьогоденного українського суспільства, і особливо на учасників локальних бойових дій (УЛБД), є виклик війни з боку зовнішнього агресора. Участь у локальних бойових діях призводить до серйозних негативних наслідків для психічного здоров'я комбатантів [1, 2, 4—18] через травматичну кризу, яка виникає на тлі руйнування базисного почуття безпеки, реальної загрози життю і здоров'ю, втрат — тобто екзистенційної психічної травми, — та є підґрунтям для формування постстресових психічних розладів (ППР) [6, 7]. Феноменологію таких ППР складають різноманітні психічні порушення з широким спектром коливань — від станів дезадаптації (бойова втома) [10] до клінічно окреслених форм (бойова психічна травма). Стани психічної дезадаптації

внаслідок бойового, кумулятивного стресу, активізації попереднього травматичного досвіду формуються у 80 % військовослужбовців-комбатантів, а психічні розлади зареєстровані майже у 50 % поранених [17, 18].

В структурі бойової психічної травми традиційно виокремлюють гостру реакцію на стрес, розлади адаптації, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також коморбідні стани у вигляді тривожно-фобічних розладів, розладів особистості, загострення соматичної патології, психосоматичні розлади тощо [1—15]. Серйозними наслідками бойової психічної травми, які виникають вже через місяць після участі у бойових діях, стають саморуйнівна поведінка (25,6%), психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю (33,3%), а також делінквентна поведінка, зокрема зумовлена бажанням повторення травмуючої ситуації з метою відреагувати на неї, інші негативні наслідки [18].

© Друзь О. В., Черненко І. О., 2017