

*М. М. Денисенко*  
**МУЛЬТИМОРБІДНИЙ АДДИКТИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ПРИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ**  
**(структура, клінічні прояви, діагностика)**

*М. М. Денисенко*  
**Мультиморбидный аддиктивный потенциал при невротических расстройствах**  
**(структура, клинические проявления, диагностика)**

*М. М. Denysenko*  
**Multimorbid addictive potential in neurotic disorders**  
**(structure, clinical manifestations, diagnostics)**

З метою використання клінічних феноменів як додаткових діагностичних ознак-маркерів наявності або відсутності аддикцій в структурі неврозу проведено аналіз частот особливостей формування, перебігу та клінічного оформлення невротичних розладів з аддикціями та без. Виокремлено конкретні клініко-психопатологічні маркери-ознаки наявності або відсутності аддикцій при кожній окремій формі неврозу, розраховані їх діагностичні коефіцієнти та міри інформативності Кульбака. Отримані дані дозволяють діагностувати наявність або відсутність аддикцій в структурі неврозу за допомогою аналізу клініко-психопатологічних феноменів самого невротичного розладу.

**Ключові слова:** невротичні розлади, аддикції, діагностика, клініко-прогностичні маркери, мультиморбидність

С целью использования клинических феноменов в качестве дополнительных диагностических маркеров наличия или отсутствия аддикций в структуре невроза проведен анализ частот особенностей формирования, течения и клинического оформления невротических расстройств с аддикциями и без. Выделены конкретные клинико-психопатологические маркеры-признаки наличия или отсутствия аддикций для каждой отдельной формы невроза, рассчитаны их диагностические коэффициенты и меры информативности Кульбака. Полученные данные позволяют диагностировать наличие или отсутствие аддикций в структуре невроза посредством анализа клинико-психопатологических феноменов самого невротического расстройства.

**Ключевые слова:** невротические расстройства, аддикции, диагностика, клинико-прогностические маркеры, мультиморбидность

For the purpose of using clinical phenomena as additional diagnostic markers of the presence or absence of an admission in the structure of a neurosis, an analysis was made of the frequencies of the features of the formation, course and clinical presentation of neurotic disorders with and without an addictions. Specific clinical and psychopathological markers-signs of the presence or absence of an admission for each individual form of neurosis are singled out, their diagnostic coefficients and Kulbak's informative measures are calculated. The obtained data allow to diagnose the presence or absence of the addictions in the structure of the neurosis through the analysis of the clinical and psychopathological phenomena of the neurotic disorder itself.

**Key words:** neurotic disorders, addictions, diagnostics, clinical-prognostic markers, multimorbidity

Вплив соціальних стресів на суспільство проявляється соціальним напруженням, зростанням поширеності широкого спектра дезадаптивних розладів — від психологічно зрозумілих станів до клінічно окреслених форм патології [1, 2]. Характерною ознакою сучасних психічних розладів визнається тенденція до формування коморбідних форм психічної патології [6, 9]. Доведено, що коморбідність значно ускладнює діагностику, обмежує терапію та погіршує комплаєнс у пацієнтів з розладами психіки та поведінки [3—5]. Було встановлено, що хворі на невротичні розлади характеризуються високою ймовірністю формування «мультиморбідних» варіантів аддикцій, тобто поєднанням декількох аддикцій одночасно. Зазначене зумовило необхідність більш ретельного аналізу в напрямку встановлення структури та клінічних проявів аддиктивного потенціалу при невротичній хворобі, що і визначило мету цієї роботи.

Мета — дослідити структуру і клінічні прояви аддиктивного потенціалу у хворих на невротичні розлади.

Об'єкт дослідження — 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 із загальної популяції населення («здорові»).

Методи: використовували вісімнадцять AUDIT-подібних тестів з подальшим статистичним аналізом отриманих даних за допомогою комп'ютерних програм Excel та SPSS for Windows 15.0 [6].

З метою використання клінічних особливостей невротичних розладів як додаткових діагностичних ознак-мар-

керів наявності або відсутності аддикцій в їхній структурі було проведено їх частотний аналіз за групами порівняння та розраховані їхні діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності Кульбака (MI) с наступним використанням послідовного статистичного аналізу (процедура Вальда в модифікації Гублера). В таблицях 1, 2 та 3 наведені лише статистично значущі ознаки, частоти представленості яких в групах порівняння вірогідно відрізнялись ( $p \leq 0,05$ ). Процедура Вальда передбачає використання діагностичних ознак-маркерів в порядку зменшення їх інформативності, тому в зазначених таблицях дані розташовані саме в такому порядку (від максимальної до мінімальної).

За результатами процедури послідовного статистичного аналізу вірогідний рівень диференціації ( $p \leq 0,05$ ) наявності або відсутності аддикцій в структурі невротичної хвороби можливий за умови досягнення критичного значення діагностичного коефіцієнта (ДК  $\geq 13$ ) однією з ознак або їх сукупністю. При цьому ДК виокремлених ознак підсумовують, доки не буде досягнуто вірогідний рівень диференціації: ДК  $> 13$ , 20 або 30 для  $p \leq 0,05$ ,  $p \leq 0,01$  та  $p \leq 0,001$ , відповідно. Знак ДК (+ або -) залежить від співвідношення осіб, що є носіями відповідних ознак в групах порівняння, та від порядку розташування (нумерації) груп під час порівняння. В нашому випадку група хворих без аддикцій була першою, а група хворих на невротичні розлади з аддикціями — другою. У такому разі маркери наявності аддикцій в структурі неврозу мають додатне значення ДК (+), а маркери відсутності аддикцій — від'ємне значення ДК (-).

Прогностичні клініко-психопатологічні ознаки наявності або відсутності аддиктивних порушень при тривожно-фобічних розладах (F40.8) наведені у таблиці 1.

Таблиця 1. Прогностичні клініко-психопатологічні ознаки наявності або відсутності аддиктивних порушень при тривожно-фобічних розладах (F40.8)

№	Прогностичні ознаки	Градація ознаки	p	ДК	MI
<b>Ознаки наявності аддикції</b>					
1	Поєднання гострих та хронічних психотравмуючих чинників	+	0,0423	4,39	0,55
2	Депресивний синдром	+	0,0423	4,39	0,55
3	Рівень обсесивності вищий за середньогруповий	≤ -2,85 ± 0,57*	0,0433	3,22	0,42
4	Наявність ознак невротичної особистості (безперервний або приступоподібний перебіг хвороби)	+	0,0397	1,76	0,23
5	Не гострий (затяжний або підгострий) початок хвороби	+	0,0452	1,41	0,17
Загальний рівень диференціації та інформативності (за сукупністю ознак — ΣДК і ΣMI)			< 0,05	15,17	1,92
<b>Ознаки відсутності аддикції</b>					
1	Рівень тривоги нижчий за середньогруповий	≥ -1,8 ± 0,66*	0,0096	-4,26	0,76
2	Рівень обсесивності нижчий за середньогруповий	≥ -2,85 ± 0,57*	0,0096	-4,26	0,76
3	Іпохондричний синдром	+	0,0229	-5,51	0,75
4	Гострий початок хвороби	+	0,0452	-4,26	0,51
5	Періодичний перебіг хвороби	+	0,0397	-3,47	0,45
6	Рівень невротичної депресії нижчий за середньогруповий	≥ -2,61 ± 0,65*	0,0361	-3,21	0,44
7	Астенічний синдром	+	0,0323	-3,01	0,43
Загальний рівень диференціації та інформативності (за сукупністю ознак — ΣДК і ΣMI)			< 0,01	-27,98	4,1

Примітки. Тут і далі: p — вірогідність різниць; \* — показник за методикою оцінки невротичних станів К. К. Яхіна та Д. М. Менделевича

Згідно з отриманими даними, для верифікації стану залежності у хворих на тривожно-фобічні розлади потрібна наявність як мінімум чотирьох ознак: обов'язково трьох перших позицій (поєднання гострих та хронічних психотравмуючих чинників (ДК = 4,39), наявність в синдромальній структурі депресивного синдрому (ДК = 4,39), вищий за середній по групі хворих на тривожно-фобічні розлади рівень обсесивної симптоматики (не більш ніж -2,85 ± 0,57; ДК = 3,22) в поєднанні з однією або відразу з обома із таких (наявність ознак невротичної особистості у вигляді безперервного або приступоподібного перебігу хвороби (ДК = 1,76) та не гострий (затяжний або підгострий) початок захворювання (ДК = 1,41)). У такому разі висновок про наявність стану залежності буде вірогідним, вірогідність помилки складатиме менше ніж 0,05 % (p ≤ 0,05).

При цьому ознаки відсутності стану залежності в клінічній картині тривожно-фобічного розладу виявилися вдвічі інформативнішими, ніж ознаки наявності аддикцій. Про це свідчить показник співвідношення загальних рівнів інформативності за сукупністю виокремлених ознак (ΣMI ознак відсутності аддикцій/ΣMI ознак наявності аддикцій = 4,1/1,92 = 2,14). Тобто, виокремлені в ході дослідження клініко-психопатологічні ознаки тривожно-фобічних розладів більш надійно вказують на відсутність аддикцій, ніж на їх наявність. Зокрема, вірогідність відсутності стану залежності у хворих на тривожно-фобічні розлади забезпечує наявність перших трьох ознак: нижчий за середньогруповий рівень тривоги (не менш ніж -1,8 ± 0,66, ДК = -4,26) та обсесивності (не менш ніж -2,85 ± 0,57, ДК = 4,26), а також наявність іпохондричного синдрому (ДК = 5,51). Наявність ще як мінімум двох з таких ознак: гострий початок хвороби (ДК = -4,26), періодичний перебіг хвороби (ДК = -3,47), нижчий за середньогруповий рівень невротичної депресії (ДК = -3,21) та наявність астенічного синдрому (ДК = -3,01) підвищує рівень вірогідності висновку про відсутність аддикцій у хворого на тривожно-фобічний розлад (сумарний ДК в такому разі перевищує 20 одиниць, а вірогідність помилки складатиме не більше 0,01 % (p < 0,01)).

У хворих же на дисоціативні розлади навпаки більш інформативнішими виявилися ознаки наявності аддикцій. Показник співвідношення загальних рівнів інформативності склав 2,31 ((ΣMI ознак наявності аддикцій/ΣMI ознак відсутності аддикцій = 3,58/1,55 = 2,31), тобто діагностика наявності аддикцій у хворих на дисоціативні розлади за виокремленими ознаками буде більш вірогідною, ніж висновок про їх відсутність (табл. 2).

Під час аналізу отриманих результатів надійну диференціацію, а тому і вірогідний висновок (на рівні p < 0,05) про наявність залежності у хворих на дисоціативні розлади, забезпечує наявність як мінімум трьох ознак: двох перших, що включають наявність в синдромологічній структурі дисоціативного розладу обсесивного синдрому (ДК = 7,11), дисфоричного синдрому (ДК = 5,35) в поєднанні щонайменше з однією з таких: вищий за середньогруповий рівень обсесивності (не більш ніж -2,35 ± 0,61), наявність поєднаних (гострих та хронічних) психотравмуючих чинників (ДК = 3,59), вищий за середньогруповий рівень невротичної депресії (ДК = 3,13), вищий за середньогруповий рівень вегетативних порушень (ДК = 2,34), наявність соматовегетативного синдрому (ДК = 2,34) та не гострий початок хвороби (затяжний або підгострий) (ДК = 1,4). За певною сукупністю виокремлених ознак (сумарний показник ДК яких буде дорівнювати 20) рівень вірогідності діагностики наявності аддикцій у хворих на дисоціативні розлади може значно збільшитись до p < 0,01. У такому разі достатньо наявності щонайменше п'яти перших ознак, або сукупності будь-яких інших варіацій ознак, діагностичні коефіцієнти яких загалом будуть дорівнювати 20 та більше.

У хворих на неврастенію, подібно до хворих на дисоціативні розлади, найбільш інформативними виявилися ознаки наявності аддикцій. Показник співвідношення загального рівня інформативності за сукупністю виокремлених ознак склав 2,74 (ΣMI ознак наявності аддикцій/ΣMI ознак відсутності аддикцій = 2,58/0,94 = 2,74). Загалом

діагностика наявності аддикцій у хворих на неврастенію за виокремленими ознаками буде вірогідною (вірогідність може досягати рівня  $p < 0,01$ ), тоді як висновок

про їх відсутність за виокремленими ознаками не буде статистично вірогідним, тому що сукупний рівень їх ДК не досягає 13 балів (табл. 3).

Таблиця 2. Прогностичні клініко-психопатологічні ознаки наявності або відсутності аддиктивних порушень при дисоціативних розладах (F44.7)

№	Прогностичні ознаки	Градація ознаки	$p$	ДК	MI
<b>Ознаки наявності аддикцій</b>					
1	Обсесивний синдром	+	0,0482	7,11	0,74
2	Дисфоричний синдром	+	0,0364	5,35	0,65
3	Рівень обсесивності вищий за середньогруповий	$\leq -2,35 \pm 0,61^*$	0,0163	3,59	0,58
4	Поєднання гострих та хронічних психотравмуючих чинників	+	0,0389	3,59	0,46
5	Рівень невротичної депресії вищий за середньогруповий	$\leq -3,07 \pm 0,70^*$	0,0377	3,13	0,41
6	Рівень вегетативних порушень вищий за середньогруповий	$\leq -3,07 \pm 1,1^*$	0,0470	2,34	0,29
7	Соматовегетативний синдром	+	0,0470	2,34	0,29
8	Не гострий (затяжний або підгострий) початок хвороби	+	0,0470	1,4	0,16
Загальний рівень диференціації та інформативності (за сукупністю ознак — $\Sigma ДК$ і $\Sigma MI$ )			$< 0,01$	28,85	3,58
<b>Ознаки відсутності аддикцій</b>					
1	Астенічний синдром		0,0379	-3,52	0,44
2	Рівень обсесивності нижчий за середньогруповий	$\geq -2,35 \pm 0,61^*$	0,0209	-2,78	0,43
3	Гострий початок хвороби		0,0469	-3,68	0,42
4	Рівень невротичної депресії нижчий за середньогруповий	$\geq -3,07 \pm 0,70^*$	0,0470	-2,11	0,26
Загальний рівень диференціації та інформативності (за сукупністю ознак — $\Sigma ДК$ і $\Sigma MI$ )			$> 0,05$	-12,09	1,55

Таблиця 3. Прогностичні клініко-психопатологічні ознаки наявності або відсутності аддиктивних порушень при неврастенії (F48.0)

№	Прогностичні ознаки	Градація ознаки	$p$	ДК	MI
<b>Ознаки наявності аддикцій</b>					
1	Затяжний початок хвороби	+	0,0259	5,85	0,83
2	Дисфоричний синдром	+	0,05	7,31	0,8
3	Соматовегетативний синдром	+	0,0360	3,33	0,48
4	Депресивний синдром	+	0,0472	3,63	0,47
Загальний рівень диференціації та інформативності (за сукупністю ознак — $\Sigma ДК$ і $\Sigma MI$ )			$< 0,01$	20,12	2,58
<b>Ознаки відсутності аддикцій</b>					
1	Рівень вегетативних порушень нижчий за середньогруповий	$\geq -2,71 \pm 0,90^*$	0,0307	-2,74	0,42
2	Рівень астенії нижчий за середньогруповий	$\geq -1,19 \pm 0,62^*$	0,05	-2,28	0,30
3	Підгострий початок хвороби		0,0472	-1,72	0,22
Загальний рівень диференціації та інформативності (за сукупністю ознак — $\Sigma ДК$ і $\Sigma MI$ )			$> 0,05$	-6,74	0,94

Виходячи з отриманих результатів, вірогідний висновок про наявність станів залежностей у хворих на неврастенію можливий при наявності вже двох перших ознак: наявність затяжного початку хвороби (ДК = 5,85) та дисфоричного синдрому (ДК = 7,31), які в поєднанні забезпечують вірогідність диференціації на рівні  $p < 0,05$  (сукупний ДК = 13,16). Наявність ще двох таких ознак: наявність соматовегетативного (ДК = 3,33) та депресивного (ДК = 3,63) синдромів збільшує рівень диференціації, але не є достатньою без перших двох ознак.

Наступним етапом статистичного оброблення отриманих даних було проведення кореляційного аналізу та встановлення взаємозв'язків між виразністю невротичної симптоматики (за даними опитувальника Яхіна — Менделевича) та аддиктивними тенденціями (за даними AUDIT-тестів) (табл. 4).

Згідно з отриманими даними, статистично вірогідні кореляції отримано між виразністю невротичної симп-

томатики та рівнем виразності аддиктивних тенденцій. Тобто, рівень невротизації напряму пов'язано з рівнем аддиктивності: чим вищий рівень невротизації, тим вищий рівень аддиктивності і навпаки. Вірогідних кореляцій зворотного значення отримано не було.

Зокрема, при тривожно-фобічних розладах найбільша кількість вірогідних взаємозв'язків зафіксована між аддикціями та симптомами обсесивності і тривоги. Високий рівень обсесивності пов'язаний зі зловживанням снодійно-седативними речовинами ( $r = -0,51$ ), переглядом телевізійних програм (ТП) ( $r = -0,46$ ), шопінгом ( $r = -0,44$ ), їжею ( $r = -0,38$ ), роботою ( $r = -0,35$ ), чаєм/кавою ( $r = -0,33$ ) та алкоголем ( $r = -0,32$ ), і навпаки: низькі показники рівня обсесивності свідчать про низький рівень аддиктивності за наведеними об'єктами. Рівень тривоги прямо корелює з шопінгом ( $r = -0,55$ ), зловживанням снодійно-седативними речовинами ( $r = -0,54$ ), їжею ( $r = -0,43$ ), телебаченням і чаєм/кавою ( $r = -0,36$ ) та роботою ( $r = -0,33$ ).

Таблиця 4. Кореляція показників виразності невротичної симптоматики з виразністю аддиктивних тенденцій

AUDIT-тести:	F40.8						F44.7						F48.0					
	Шкали опитувальника						Шкали опитувальника						Шкали опитувальника					
	Тривога	Невротична депресія	Астенія	Істеричне реагування	Обсесивність	Вегетативні порушення	Тривога	Невротична депресія	Астенія	Істеричне реагування	Обсесивність	Вегетативні порушення	Тривога	Невротична депресія	Астенія	Істеричне реагування	Обсесивність	Вегетативні порушення
Їжа	-0,43	-0,27	-0,26	-0,16	-0,38	-0,26	-0,36	-0,36	-0,27	-0,28	-0,27	-0,27	-0,22	-0,30	-0,13	-0,37	-0,13	-0,24
Секс	-0,18	-0,26	-0,24	-0,35	-0,30	-0,26	-0,35	-0,52	-0,40	-0,44	-0,34	-0,32	-0,22	-0,39	-0,34	-0,43	-0,06	-0,25
Робота (навчання)	-0,33	-0,29	-0,08	-0,13	-0,35	-0,33	-0,29	-0,43	-0,47	-0,46	-0,38	-0,37	-0,1	-0,24	-0,28	-0,23	-0,11	-0,28
Телебачення	-0,36	-0,29	-0,35	-0,36	-0,46	-0,37	-0,21	-0,26	-0,32	-0,12	-0,25	-0,19	-0,23	0,04	-0,21	-0,13	-0,34	-0,24
Інтернет	-0,18	-0,09	-0,13	0,05	-0,32	0,04	-0,17	-0,30	-0,17	-0,09	-0,14	-0,17	0,13	-0,13	-0,06	-0,06	0,19	-0,10
Азартні ігри	—	—	—	—	—	—	-0,05	-0,22	-0,12	-0,03	-0,11	-0,02	-0,06	0,08	0,09	-0,02	-0,11	-0,17
Комп'ютерні ігри	0,00	-0,01	-0,31	0,06	0,01	0,15	-0,41	-0,44	-0,29	-0,25	-0,27	-0,41	-0,06	0,15	0,09	-0,06	-0,08	-0,06
Шопінг	-0,55	-0,42	-0,12	-0,25	-0,44	-0,38	-0,28	-0,25	-0,39	-0,26	-0,23	-0,21	-0,34	-0,15	-0,25	-0,34	-0,38	-0,37
Читання	-0,11	-0,01	-0,23	0,11	-0,12	-0,11	-0,13	-0,14	-0,35	-0,19	-0,11	-0,08	-0,28	-0,37	-0,32	-0,18	-0,01	-0,34
Алкоголь	-0,31	-0,17	0,05	-0,35	-0,32	-0,25	-0,40	-0,28	-0,20	-0,35	-0,37	-0,35	-0,24	-0,18	-0,07	-0,19	-0,20	-0,29
Тютюн	-0,1	-0,1	0,03	-0,28	-0,17	-0,28	-0,22	-0,10	-0,10	-0,15	-0,16	-0,16	-0,16	-0,16	-0,09	-0,14	-0,08	-0,22
Чай та кава	-0,36	-0,24	-0,14	-0,22	-0,33	-0,26	-0,27	-0,30	-0,25	-0,33	-0,31	-0,20	-0,38	-0,33	-0,33	-0,48	-0,31	-0,58
Каннабіноїди	—	—	—	—	—	—	-0,19	0,00	0,05	-0,20	-0,15	-0,03	-0,01	-0,16	-0,07	-0,09	0,12	-0,11
Леткі органічні сполуки (ЛОС)	—	—	—	—	—	—	-0,26	-0,38	-0,29	-0,19	-0,12	-0,29	—	—	—	—	—	—
Снодійно-седативні	-0,54	-0,31	-0,46	-0,08	-0,51	-0,54	-0,09	-0,20	-0,10	-0,26	-0,09	-0,10	-0,38	-0,08	-0,15	-0,06	-0,30	-0,16
Психостимулятори	-0,06	-0,08	0,09	-0,08	-0,08	-0,14	-0,32	-0,15	-0,30	-0,23	-0,09	-0,19	—	—	—	—	—	—
Опіоїди	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Галюциногени	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Примітки. Значення подано у форматі «r — коефіцієнт кореляції». F40.8 — тривожно-фобічні розлади; F44.7 — змішані дисоціативні (конверсійні) розлади; F48.0 — неврастенія. Рівень вірогідності взаємозв'язків  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$  виокремлено заливкою сірого кольору різної інтенсивності. Показники кореляції мають зворотне значення, тобто трактуються зі зворотним знаком (див. опис у тексті)

Виразність вегетативних порушень пов'язана зі зловживанням снодійно-седативними речовинами ( $r = -0,54$ ), шопінгом ( $r = -0,38$ ), переглядом ТП ( $r = -0,37$ ) та роботою ( $r = -0,33$ ). Істеричний тип реагування корелює з виразністю таких аддикцій: переглядом ТП ( $r = -0,36$ ), секс та алкоголь ( $r = -0,35$ ). Виразність астеничної симптоматики міцно пов'язана зі зловживанням снодійно-седативними речовинами ( $r = -0,46$ ) та переглядом ТП ( $r = -0,35$ ). Виразність депресивної симптоматики при тривожно-фобічних розладах пов'язана з шопінгом ( $r = -0,42$ ).

У хворих на дисоціативні розлади всі невротичні симптоми були прямою залежністю пов'язані (тобто мали вірогідні кореляційні зв'язки) з трудоголізмом та зловживанням або розладами в сексуальній сфері. Тобто, високі показники невротичної симптоматики корелювали з високими показниками виразності вищезазначених аддиктивних тенденцій. Найбільшу кількість вірогідних кореляцій з різними варіантами аддикцій при дисоціативних розладах мали такі симптоми як астенія, депресія та тривога. Саме ці симптоми були пов'язані з найбільшою кількістю аддиктивних пристрастей. Зокрема, астенична симптоматика при дисоціативних розладах корелювала з виразністю таких аддикцій (дані наведено в порядку зменшення коефіцієнтів кореляції): робота ( $r = -0,47$ ), секс ( $r = -0,40$ ), шопінг ( $r = -0,39$ ), читання ( $r = -0,35$ ), перегляд ТП ( $r = -0,32$ ), психостимулятори ( $r = -0,30$ ), ЛОС та комп'ютерні ігри ( $r = -0,29$ ). Виразність депресивної симптоматики була прямим зв'язком пов'язана з виразністю таких аддиктивних тенденцій: секс ( $r = -0,52$ ),

комп'ютерні ігри ( $r = -0,44$ ), робота ( $r = -0,43$ ), ЛОС ( $r = -0,38$ ), їжа ( $r = -0,36$ ), чай/кава та Інтернет ( $r = -0,30$ ). Виразність тривожної симптоматики корелювала з рівнем аддиктивності за такими об'єктами вживання: комп'ютерні ігри ( $r = -0,41$ ), алкоголь ( $r = -0,40$ ), їжа ( $r = -0,36$ ), секс ( $r = -0,35$ ), психостимулятори ( $r = -0,32$ ), робота ( $r = -0,29$ ), шопінг ( $r = -0,28$ ). Інші симптоми при дисоціативних розладах корелювали з меншою кількістю аддикцій.

Встановлено, що виразність істеричного типу реагування була прямим зв'язком пов'язана з рівнем аддиктивності за такими об'єктами: робота ( $r = -0,46$ ), секс ( $r = -0,44$ ), алкоголь ( $r = -0,35$ ) та чай/кава ( $r = -0,33$ ). Рівень обсесивної симптоматики прямо корелював з аддиктивністю за об'єктами: робота ( $r = -0,38$ ), алкоголь ( $r = -0,37$ ) та секс ( $r = -0,34$ ). Виразність вегетативних порушень була пов'язана з виразністю таких аддиктивних тенденцій як зловживання комп'ютерними іграми ( $r = -0,41$ ), роботою/навчанням ( $r = -0,37$ ), алкоголем ( $r = -0,35$ ) та сексуальними аддикціями ( $r = -0,32$ ).

При неврастенії відзначалась найменша кількість вірогідних зв'язків між симптомами та аддикціями порівняно з іншими формами неврозів. Специфічним для неврастенії було те, що всі невротичні симптоми були пов'язані зі зловживанням чаєм/кавою. Рівень тривоги при неврастенії прямо корелював з виразністю аддиктивних тенденцій за об'єктами: чай/кава і снодійно-седативні речовини ( $r = -0,38$ ) та шопінг ( $r = -0,34$ ). Рівень виразності невротичної депресії з аддиктивністю

за такими об'єктами як секс ( $r = -0,39$ ), читання ( $r = -0,37$ ), чай/кава ( $r = -0,33$ ), їжа ( $r = -0,30$ ). Виразність астеничної симптоматики була прямими кореляціями пов'язана з виразністю таких аддиктивних вподобань як секс ( $r = -0,34$ ), чай/кава ( $r = -0,33$ ) та читання ( $r = -0,32$ ). Рівень істеричного типу реагування при неврастенії корелював з виразністю аддиктивних тенденцій за об'єктами: чай/кава ( $r = -0,48$ ), секс ( $r = -0,43$ ), їжа ( $r = -0,37$ ) та шопінг ( $r = -0,34$ ). Обсесивні симптоми при неврастенії прямо корелювали з рівнем таких аддиктивних тенденцій як шопінг ( $r = -0,38$ ), перегляд ТП ( $r = -0,34$ ), зловживання чаєм/кавою ( $r = -0,31$ ) та снодійно-седативними речовинами ( $r = -0,30$ ). Виразність вегетативних порушень була напряму пов'язана з виразністю зловживань за об'єктами чай/кава ( $r = -0,58$ ), шопінг ( $r = -0,37$ ) та читання ( $r = -0,34$ ).

Загальним для всіх форм невротичних розладів була наявність вірогідних кореляцій між симптомом «істеричне реагування» та залежністю від сексуального задоволення (сексуальним дискомфортом), а також між тривогою та захопленням шопінгом.

Залежність від тютюну та азартних ігор не мали жодної вірогідної кореляції з невротичною симптоматикою, що було характерним для всіх форм неврозів. Щодо залежностей від опіоїдів та галюциногенів у хворих на неврози будь-які висновки зробити було неможливо, через відсутність даних про вживання цих об'єктів у обстежених нами хворих.

Велика кількість вірогідних кореляційних зв'язків між певною невротичною симптоматикою та окремими аддиктивними тенденціями дозволяє говорити про наявність сильного прямого зв'язку між виразністю симптоматики та рівнем аддиктивності хворих на неврози; а також про наявність симптомо-специфічних аддикцій, загальних для всіх неврозів та специфічних для окремих форм невротичних розладів.

Отримані кореляційні зв'язки зазначають, по перше, яка симптоматика провокує розвиток певних аддиктивних тенденцій, а по друге, які аддикції використовує хворий при певній невротичній симптоматиці як засіб зняття надмірного напруження.

В результаті проведеного аналізу аддиктивного потенціалу невротичних розладів з коморбідними аддикціями були виокремлені їхні певні специфічні ознаки, які полягали в такому.

За результатами аналізу частот особливостей формування, перебігу та клінічного оформлення невротичних розладів з аддикціями та без виокремлено конкретні клініко-психопатологічні маркери-ознаки наявності або відсутності аддикцій при кожній окремій формі неврозу, розраховані їхні діагностичні коефіцієнти та міри інформативності Кульбака, що дозволяє діагностувати наявність або відсутність аддикцій в структурі неврозу, використовуючи аналіз клініко-психопатологічних феноменів самого невротичного розладу.

Отримано, що виокремлені в ході дослідження діагностичні критерії у хворих на тривожно-фобічні розлади є більш інформативними при верифікації діагнозу відсутності аддикцій, ніж при діагностиці їх наявності. У хворих же на дисоціативні розлади та неврастенію більш інформативними виявилися ознаки-маркери наявності аддикцій.

Найбільш інформативними маркерами наявності аддикцій у хворих на неврози є: при тривожно-фобічних розладах — поєднання гострих та хронічних психотравмуючих чинників ( $MI = 0,55$ ), наявність в синдромальній структурі депресивного синдрому ( $MI = 0,55$ ), вищий за середній по групі хворих на тривожно-фобічні розлади

рівень обсесивної симптоматики ( $MI = 0,42$ ); при дисоціативних розладах — наявність обсесивного ( $MI = 0,74$ ) та дисфоричного (ДК = 0,65) синдромів; при неврастенії — наявність затяжного початку хвороби ( $MI = 0,83$ ) та дисфоричного синдрому ( $MI = 0,8$ ).

Найбільш інформативними маркерами відсутності аддикцій при тривожно-фобічних розладах виявились: нижчий за середньогруповий рівень тривоги ( $MI = 0,76$ ) та обсесивності ( $MI = 0,76$ ), наявність іпохондричного синдрому ( $MI = 0,75$ ) та гострого початку захворювання ( $MI = 0,51$ ). Зробити висновок щодо відсутності аддикцій у хворих на дисоціативні розлади та неврастенію, використовуючи аналіз їх клініко-психопатологічних феноменів, неможливо (за сукупністю виокремлених ознак вірогідний рівень диференціації не досягається).

Встановлено, що виразність невротичної симптоматики напряму пов'язана з рівнем аддиктивності хворих на неврози.

Виокремлено симптомо-специфічні аддикції, загальні для всіх неврозів та специфічні для окремих форм невротичних розладів, а також аддикції, не залежні від невротичної симптоматики. Як загальні для всіх форм неврозів симптомо-специфічні аддикції виступають: сексуальний дискомфорт (залежність від сексу), що корелює з симптомом «істеричне реагування»; та захоплення шопінгом, що пов'язане з тривогою. Окремі симптомо-специфічні аддикції, властиві конкретним формам неврозів, докладно описані вище за текстом, тому не вважаємо за доцільне ще раз їх повторювати.

Згідно з отриманими в дослідженні даними, у хворих на невротичні розлади жодна з виокремлених нижче ознак не досягає критичного рівня, тому не є самодостатньою, а може розглядатись як діагностичний маркер наявності або відсутності аддикцій лише в сукупності з іншими ознаками.

#### Список літератури

1. Александровский, Ю. А. Социально-стрессовые расстройства // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 1992. № 2. С. 5—10.
2. 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.
3. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты // Здоров'я України. 30.12.2013. С. 38—39.
4. Comorbidity of Mental and Physical Disorders / Sartorius N., Holt R. I. G., Maj M., editors // Key Issues in Mental Health. Basel : Karger, 2015. Vol. 179. 188 p. DOI: 10.1159/000366509.
5. Van Praag H. M. Comorbidity in psychiatry // Br. J. Psychiatry. 1996. Vol. 168, suppl. 30. P. 129—134.
6. Система AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции [Электронный ресурс] / Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. [и др.] // Новости украинской психиатрии. Киев ; Харьков, 2009. Mode of access : URL : <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm>.

Надійшла до редакції 31.05.2017 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: 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