ПСИХОНЕВРОЛОГІЯ І НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.85-039-07-008.447

М.М. Денисенко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ З АДИКЦІЯМИ В КЛІНІЧНІЙ КАРТИНІ

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

Ключові слова: *невротичні розлади, адикції, клініко-психопатологічні особливості.*

Питання психічного здоров'я населення набуває все більшої актуальності у зв'язку зі збільшенням рівня психічних і поведінкових розладів в загальній структурі захворюваності. Згідно з даними Європейської колегії нейропсихофармакології (ECNP) кількість осіб з розладами психічного здоров'я складала на кінець 2010 р. 1/3 населення Європи [1, 2]. В загальній структурі психічних захворювань переважна доля належить непсихотичним 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, зі стрімким темпом життя й інформаційного прогресу [1, 3]. Окрім стрімкого поширення, в структурі психічної патології відмічається тенденція до формування поєднаних, коморбідних психічних станів [4–6]. Одним із найчастіших варіантів коморбідності є поєднання невротичної хвороби з адитивними розладами. Так, 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 [7]. Проте даних відносно особливостей перебігу, формування та протікання невротичних розладів з коморбідними адикціями в літературі немає, що може свідчити про певні труднощі в діагностиці і терапії подібних станів та обумовлює актуальність і доцільність такої роботи.

Мета – дослідити особливості формування, перебігу та клінічного оформлення невротичних розладів, коморбідних з адикціями.

В дослідженні взяли участь 150 хворих на невротичні розлади. Розподіл на групи порівняння здійснювали відповідно до результатів AUDIT-подібних тестів: пацієнти з адикціями (20 та більше балів) склали основну групу дослідження, а пацієнти без адикцій (до 20 балів) – контрольну. До основної групи увійшли 27 хворих з тривожно-фобічними розладами; 35 – з дисоціативними розладами та 26 – з неврастенією. До груп контролю увійшли

© М.М. Денисенко, 2017

22 особи з тривожно-фобічними розладами та по 20 осіб з дисоціативними розладами та неврастенією.

Були використані система AUDIT-подібних тестів для комплексної оцінки адиктивного статусу та клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів [8, 9].

Результати аналізу особливостей формування та перебігу невротичних розладів у хворих досліджуваних груп продемонстрували, що 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 і дисоціативні розлади, коморбідні з адикціями, окрім підгострого початку (55,56 та 51,43 %), спостерігалось також переважання затяжного типу (33,33 % та 31,43 %) формування невротичного захворювання, в той час як гострий початок захворювання у цих хворих зустрічався значно рідше: в 11,11 та 17,14 % випадків, ніж у хворих без адикцій – в 36,36 та 40,00 % випадків відповідно при p=0,0321 та p=0,0469. У хворих же на тривожно-фобічні й дисоціативні розлади без адикцій спостерігалось превалювання підгострого й гострого варіантів початку невротичної хвороб.

У хворих на неврастенію з адитивними порушеннями початок невротичного розладу також був переважно підгострим (53,85 %) або затяжним (38,48 %). При цьому саме затяжний тип формування невротичного розладу зустрічався достовірно частіше серед хворих на неврастенію з адикціями (38,48 %), ніж у хворих без адикцій (10 %) при p=0,0259, у той час як у хворих без адикцій формування неврастенії здебільшого відбувалось підгостро (в 80 % випадків) порівняно з хворими з адикціями (53,85 %) при p=0,0472.

Аналіз особливостей перебігу невротичного розладу показав, що тривожно-фобічні розлади, коморбідні з адикціями, характеризувались переважно приступоподібним (48,15 %) і безперервним (33,33 %) типами перебігу, в той час як перебіг тривожно-фобічних розладів без адикцій був переважно періодичним (45,45 %) і приступоподібним (40,91 %). Саме періодичний тип перебігу значно рідше спостерігався у хворих з адикціями при тривожно-фобічному неврозі (18,52 %), порівняно з хворими без адикцій (45,45 %) при p=0,0331.

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

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

Переважання 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.

Значне переважання періодичного типу перебігу хвороби у хворих на тривожно-фобічні розлади без адикцій свідчило про відсутність у них ознак невротичної особистості, на відміну від хворих з адикціями.

У хворих на тривожно-фобічні та дисоціативні розлади з адикціями, а також у всіх хворих на неврастенію спостерігається тенденція до формування невротичної особистості, про що свідчить збільшення відсотка безперервного перебігу хвороби.

За тривалістю хвороби статистичних відмінностей між групами порівняння отримано не було. Однак стає очевидною наступна тенденція: у хворих з адикціями невротичні розлади характеризуються більшою тривалістю (більш ніж до 1 року, а саме до 3-х та понад 3-х років) порівняно з хворими без адикцій, в групі яких частіше зустрічається тривалість невротичного розладу до 1 року.

Аналіз психогенних чинників за тривалістю дії показав, що у хворих на тривожно-фобічні та дисоціативні розлади з адикціями значно частіше відмічалось поєднання хронічних і гострих психотравм (в 37,04 та 45,71 % випадках) порівняно з хворими на ці ж форми неврозів без адикцій (13,64 та 20 % відповідно при p=0,0495 та p=0,0389). Поєднані психотравми значно посилювали дезадаптацію хворих і справляли дію за принципом останньої краплі. За тривалістю дії психо-

Таблиця 1. Особливості формування та перебігу

Критерій	F 40.8						
	з адикціями (n=27)		без адикцій (n =22)		p	з адикціями (n=35)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%		абс. ч.	%
Початок хвороби:							
гострий	3	11,11	8	36,36	0,0321	6	17,14
підгострий	15	55,56	11	50	0,2102	18	51,43
затяжний	9	33,33	3	13,64	0,0782	11	31,43
Перебіг хвороби:							
періодичний	5	18,52	10	45,45	0,0331	8	22,86
приступоподібний	13	48,15	9	40,91	0,2	18	51,43
безперервний	9	33,33	3	13,64	0,0782	9	25,71
Тривалість хвороби:							
до 1 року	5	18,52	7	31,82	0,1492	8	22,86
до 3 років	12	44,44	10	45,45	0,2262	19	54,29
понад 3 роки	10	37,04	5	22,73	0,141	9	25,71

Примітки: 1. F 40.8 – тривожно-фобічні розлади; F 44.7 – змішані дисоціативні (конверсійні).
2. Достовірність відмінностей між групами на рівні p<0,05; p<0,01 виділено заливкою сірого
Тут і в табл. 2.

травмуючих факторів серед хворих на неврастенію двох груп порівняння достовірних відмінностей отримано не було (табл. 2).

Загалом у хворих на неврастенію обох груп переважали хронічні психотравмуючі чинники. В якості тенденції також відмічалась більша кількість поєднаних (хронічних і гострих) психогеній у хворих на неврастенію з адикціями.

При аналізі психотравмуючих чинників за сферами життєдіяльності значущих відмінностей між групами порівняння у хворих на тривожно-фобічні та дисоціативні розлади отримано не було.

Так, серед факторів психотравматизації у хворих на тривожно-фобічні розлади обох груп превалювали сімейно-особистісні психотравми (51,85 % у хворих з адикціями та

Таблиця 2. Провідні фактори психотравматизації, що призвели

Фактори психотравматизації	F 40.8				p
	з адикціями (n=27)		без адикцій (n=22)		
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
За тривалістю дії:					
гострі	6	22,22	10	45,45	0,0571
хронічні	11	40,74	10	45,45	0,2159
поєднані	10	37,04	3	13,64	0,0495
За сферами життєдіяльності:					
пов'язані з професійною діяльністю *(втрата роботи, службові конфлікти, напруга/навантаження на роботі тощо)*	7	25,93	5	27,73	0,2535
матеріально-побутові *(погіршення матеріально-побутового рівня життя, зміна місця проживання тощо)*	3	11,11	1	4,55	0,3037
пов'язані зі здоров'ям *(власна хвороба, хвороба близької людини, ятрогенії)*	13	48,15	9	40,91	0,2008
сімейно-особистісні *(розпад сім'ї, сімейно-побутові конфлікти, відсутність емоційної підтримки, ревнощі, зрада)*	14	51,85	11	50	0,2239
емоційно-ізоляційні *(пов'язані з відчуттям самотності)*	6	22,22	1	4,55	0,0758
стресові потрясіння *(ДТП, нещасні випадки, арешти, злочинні дії тощо*	2	7,41	2	9,09	0,3827

невротичного розладу у хворих досліджуваних груп

F 44.7			F 48.0				
без адикцій (n=20)		p	з адикціями (n=26)		без адикцій (n=20)		p
абс. ч.	%		абс. ч.	%	абс. ч.	%	
8	40	0,0469	2	7,69	2	10	0,3784
9	45	0,1993	14	53,85	16	80	0,0472
3	15	0,1093	10	38,46	2	10	0,0259
7	35	0,1533	3	11,54	4	20	0,1545
11	55	0,214	12	46,15	9	45	0,2337
2	10	0,1121	11	42,3	7	35	0,2125
8	40	0,0997	5	19,23	7	35	0,1311
9	45	0,1783	12	46,15	9	45	0,2336
3	15	0,1835	9	34,61	4	20	0,1488

розлади; F 48.0 – неврастенія.
кольору різної інтенсивності.

50 % у хворих без адикцій) та психотравми, пов'язані зі здоров'ям (48,15 % у хворих з адикціями та 40,91 % у хворих без адикцій). У хворих на дисоціативні розлади провідними факторами психотравматизації були сімейно-особистісні (у 68,54 % хворих з адикціями та у 85 % хворих без адикцій), також в значній кількості у хворих цієї групи були представлені психотравми зі сфери професійної діяльності (у 28,57 % хворих з адикціями та у 30 % хворих без адикцій) та зі сфери здоров'я (у 31,43 % хворих з адикціями та у 30 % хворих без адикцій). Відмінності між групами порівняння для цих форм неврозів відмічались лише на рівні тенденції за представленістю емоційно-ізоляційних факторів, які частіше відмічали хворі на адикції (22,22 % хворих на тривожно-фобічні розлади та 20 %

до розвитку невротичного захворювання

F 44.7					F 48.0				
з адикціями (n=35)		без адикцій (n=20)		p	з адикціями (n=26)		без адикцій (n=20)		p
абс. ч.	%	абс. ч.	%		абс. ч.	%	абс. ч.	%	
10	28,57	9	45	0,1098	5	19,23	5	25	0,2502
9	25,71	7	35	0,1840	12	46,15	10	50	0,2261
16	45,71	4	20	0,0389	9	34,62	5	25	0,2019
10	28,57	6	30	0,2392	9	34,62	10	50	0,1389
2	5,71	1	5	0,4536	5	19,23	2	10	0,2335
11	31,43	6	30	0,2369	6	23,08	4	20	0,2736
24	68,54	17	85	0,1093	10	38,46	12	60	0,0848
7	20	2	10	0,2009	5	19,23	–	–	0,048
3	8,57	0	0	0,2495	–	–	–	–	–

хворих на дисоціативні розлади), у той час як хворі без адикцій вказували на ці фактори в 4,55 та 10 % випадків.

У хворих на неврастенію обох груп найчастіше фіксувались психотравми в сімейно-особистісній (у 38,46 % хворих з адикціями та у 60 % хворих без адикцій) та професійній (у 34,62 % хворих з адикціями та у 50 % хворих без адикцій) сферах. Відмінності між групами порівняння при неврастенії спостерігалися в значному переважанні емоційно-ізоляційних факторів, що були пов'язані з відчуттям самотності, у хворих з адикціями (19,23 %), у той час як у хворих без адикцій наявність подібних психотравм не була зафіксована (p=0,048).

Особливості та виразність невротичної симптоматики у обстежених хворих представлена в табл. 3. Так, хворі на тривожно-фобічні розлади (F 40.8), що коморбідні з адикціями, відмічали значно вищий рівень виразності тривоги (-3,44±0,87; p=0,01), обсесивно-фобічних (-4,49±0,68; p=0,0025) та вегетативних (-3,96±1,43; p=0,027) порушень порівняно з хворими тієї ж форми неврозу без адикцій в клінічній картині (-0,16±0,86; -1,4±0,75; 0,25± 1,14 відповідно). Тобто саме інтенсивність провідної симптоматики (тривоги, фобій та обсесій), а також вегетативних порушень у хворих з адикціями була значно вищою. В клініці тривожно-фобічних розладів, коморбідних з адикціями, переважали обсесивно-фобічні розлади (-4,49±0,68), вегетативні прояви (-3,96±1,43), астенізація (-3,50±0,87) та тривога (-3,44±0,87), у той час як клінічна картина тривожно-фобічних розладів без адикцій характеризувалась наявністю астенічної симптоматики (-1,72±0,95) та обсесивно-фобічних порушень (-1,4±0,75), однак значно меншого рівня виразності, ніж у хворих з адикціями.

У хворих на змішані дисоціативні розлади (F 44.7), що коморбідні з адикціями, також спостерігалась значно вища виразність невротичної симптоматики, зокрема за шкалами невротичної депресії (-4,13± 0,69; p=0,0638), вегетативних порушень (-4,59±1,4; p=0,0472), істеричного типу реагування (-3,47±0,71; p=-0,0449), обсесивно-фобічних порушень (-3,25±0,77; p=0,0499) та астенії (-2,34±0,82; p=0,0328) в порівнянні з хворими цієї ж групи без адикцій (-1,36± 0,96; -0,36±1,24; -0,94±1,05; -0,76±0,94 та 1,39±1,00 відповідно). Тобто в клініці змішаного дисоціативного розладу, що коморбідний з адикціями, відмічалась висока інтенсивність провідних порушень (істеричних симптомів) з виразною соматовегетативною симптоматикою, депресивними, обсесивними проявами та астенізацією. Так, в стані хворих з адикціями найбільш інтенсивними були вегетативні порушення (-4,59±1,4), депресивні прояви (-4,13±0,69), істеричний тип реагування (-3,47±0,71) та обсесивно-фобічні порушення (-3,25±0,77), також спостерігалась наявність астенічної (-2,34±0,82) та тривожної (-2,09±0,86) невротичної симптоматики. Хворі ж на дисоціативні розлади без адикцій відмічали в своєму стані на рівні хворобливих переважно симптоми невротичної депресії (-1,36±0,96) і то значно меншої інтенсивності, ніж в групі хворих з адикціями. За іншими шкалами у хворих без адикцій проявів хворобливого стану зафіксовано не було.

У хворих на неврастенію (F 48.0) з адикціями в клінічній картині також відмічалась

Таблиця 3. Виразність невротичної симптоматики у обстежених осіб

Шкали	F 40.8		
	з адикціями (n=27)	без адикцій (n=22)	p
Тривога	-3,44±0,87	-0,16±0,86	0,0107
Невротична депресія	-0,89±0,91	0,72±0,78	0,1761
Астенія	-3,50±0,87	-1,72±0,95	0,1852
Істеричний тип реагування	-1,57±0,89	0,02±0,76	0,1802
Обсесивно-фобічні порушення	-4,49±0,68	-1,4±0,75	0,0025
Вегетативні порушення	-3,96±1,43	0,25±1,14	0,027

Примітки: 1. Значення подано у форматі «Середня арифметична ± стандартна похибка середньої
2. F 40.8 – тривожно-фобічні розлади; F 44.7 – змішані дисоціативні (конверсійні) розлади;
3. Достовірність відмінностей між групами на рівні p<0,05 та p<0,01 виділено заливкою сірого
4. Діагностичні коефіцієнти оцінки рівня невротизації мають зворотне значення: чим нижчий хворобливих проявів за розладами, які оцінюються, є показник «-1,28».

більша інтенсивність психопатологічних проявів, зокрема виразність соматовегетативних порушень (-4,63±1,11; p=0,0212), порівняно з хворими на неврастенію без адикцій (-0,51± 1,33). Хворі на неврастенію з адикціями у своєму стані відмічали виразні депресивні прояви (-4,75±0,74) та вегетативні порушення (-4,63±1,11), а також інші психопатологічні прояви, інтенсивність яких відповідала хворобливому стану: істеричний тип реагування (-2,15±0,78), обсесивно-фобічні порушення (-2,11±0,81), астенія (-2,04±0,63) та тривога (-1,85±0,86). Хворі ж на неврастенію без адикцій відмічали на рівні хворобливого стану наявність лише симптомів невротичної депресії (-2,58±1,01).

В результаті проведеного аналізу особливостей формування, перебігу та клінічного оформлення невротичних розладів з коморбідними адикціями були виділені їх певні специфічні ознаки, які полягали в наступному.

Невротичні розлади, коморбідні з адикціями, характеризуються підгострим або затяжним початком, переважанням приступоподібного або безперервного перебігу.

У формуванні невротичних розладів з адикціями були задіяні переважно поєднані варіанти психотравм, тобто одночасне сполучення гострих і хронічних психотравмуючих чинників (особливо при тривожно-фобічних і дисоціативних розладах) з різних сфер життєдіяльності людини; окрім цього значна доля у формуванні неврозів з адикціями належала емоційно-ізоляційним психотравмуючим чинникам, що пов'язані з переживанням відчуття самотності й відчуженості (особливо при неврастенії).

Клінічні прояви неврозів з коморбідними адикціями характеризуються виразною інтенсивністю й різноманіттям клініко-психопатологічних симптомів: високим ступенем виразності вегетативних порушень (при всіх формах неврозів); тривожних та обсесивно-фобічних проявів (при тривожно-фобічних розладах); депресивних, істеричних, астенічних та обсесивно-фобічних (при дисоціативних).

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

(результати обстеження за допомогою опитувальника Яхіна-Менделевича)

F 44.7			F 48.0		
з адикціями (n=35)	без адикцій(n=20)	p	з адикціями (n=26)	без адикцій (n=20)	p
-2,09±0,86	0,61±1,12	0,0638	-1,85±0,86	-0,29±0,91	0,2201
-4,13±0,69	-1,36±0,96	0,0257	-4,75±0,74	-2,58±1,01	0,0857
-2,34±0,82	1,39±1,00	0,0328	-2,04±0,63	-0,20±1,09	0,1359
-3,47±0,71	-0,94±1,05	0,0449	-2,15±0,78	-0,86±1,09	0,3321
-3,25±0,77	-0,76±0,94	0,0499	-2,11±0,81	-0,84±0,75	0,2632
-4,59±1,4	-0,36±1,24	0,0472	-4,63±1,11	-0,51±1,33	0,0212

арифметичної» (M±m).
F 48.0 – неврастенія.
кольору різної інтенсивності.
показник, тим вищий рівень невротизації, і навпаки. Критичним рівнем, що свідчить про наявність

Список літератури

1. *Волошин П.В., Марута Н.А.* Стратегия охраны психического здоровья населения Украины: современные возможности и препятствия // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, Вип. 1 (82). С. 5–11.

2. Статистичний довідник / ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», 2015 р.

3. *Зільберблат Г.М.* Реформування психіатричної служби крізь призму наркологічних проблем // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, Вип. 3 (84). С. 74–78.

4. *Гуревич Г.Л.* Коморбидные расстройства в наркологической практике. М.: Медпрактика-М, 2007. 120 с.

5. *Зальмунин К.Ю., Менделевич В.Д.* Химические и нехимические аддикции в аспекте сравнительной аддиктологии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. Спецвыпуск. 2014. 114 (5). С. 3–8.

6. *Марута Н.А.* Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты // Здоров'я України. 2013. 30.12.2013. С. 38–39.

7. *Денисенко М.М.* Адикції хворих на невротичні розлади // Вісник проблем біології і медицини. 2016. Вип. 3, Т. 1 (131). – С. 91–96.

8. *Менделевич В.Д.* Психология девиатного поведения. Учеб. пособие. СПб.: Речь, 2005. 445 с.

9. 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. Режим доступа: http://www.psychiatry.ua/ articles/ paper313.htm

М.М. Денисенко

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С АДДИКЦІЯМИ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ

Изложены результаты исследования особенностей формирования, течения и клинико-психопатологических особенностей неврозов, коморбидных с аддикциями. Проанализированы особенности начала, течения и длительности, а также клиники невротической болезни с коморбидными аддикциями. 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 неврастении); высоким уровнем выраженности невротической симптоматики, в частности вегетативных нарушений (что характерно для всех форм неврозов), а также тревожных и обсессивно-фобических проявлений при тревожно-фобических расстройствах; депрессивных, истерических, астенических и обсессивно-фобических – при диссоциативных.

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

M.M. Denysenko

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL SIGNS OF NEUROTIC DISORDERS WITH ADDICTIONS IN THE CLINICAL PICTURE

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 obsesiv-phobic manifestations in anxiety and phobic disorders; depressive, hysterical, and asthenic obsessive-phobic in dissociative disorder.

Keywords: *neurotic disorders, addiction, clinical and psychopathological features.*

Поступила 16.01.17