

НЕВРОЛОГІЯ І ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.444.9-008.47-036.65

*М.М. Денисенко**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології» НАМН України», м. Харків***КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСОЦІАТИВНИХ РОЗЛАДІВ З КОМОРБІДНИМИ АДИКЦІЯМИ**

З метою дослідження клініко-психопатологічних особливостей дисоціативних розладів з адикціями в клінічній структурі проаналізовано особливості їх формування та перебігу, факторів психотравматизації, виразності невротичної симптоматики та специфіки їх синдромальної структури. Встановлено, що дисоціативні розлади з адикціями характеризуються підгострим або затяжним початком захворювання, поєднанням гострих і хронічних психотравмуючих чинників, високою інтенсивністю психопатологічної симптоматики, зокрема невротичної депресії, вегетативних порушень, істеричного типу реагування, obsesивно-фобічних порушень та астенії, а також предстваленістю в синдромальній структурі дисфоричного, соматовегетативного та obsesивного синдромів. Встановлено, що виразність невротичної симптоматики прямо пов'язана з рівнем адиктивності хворих на дисоціативні розлади.

Ключові слова: дисоціативні розлади, адикції, клініко-психопатологічні ознаки, кореляції.

Ритм життя, соціальна напруга, інформаційна навантаженість сучасної людини призводять до значної напруги адаптаційних ресурсів і їх порушень [1, 2]. У зв'язку з цим спостерігається стрімке поширення неспсихотичних форм психічної патології, зокрема невротичних і адиктивних розладів, головна небезпека яких криється в значній соціальній дезадаптації особистості [3, 4]. І хоча в літературі зазначається спорідненість невротичних і адиктивних станів за своєю природою, механізмами виникнення та глибиною, вони віднесені до різних категорій і профілю надання допомоги: невротичні розлади є прерогативою психіатрів-неврологів, адиктивні – наркологів [5]. Однак на практиці ці два види розладів досить часто поєднуються, утворюючи нові варіанти психопатології, які на сьогодні залишаються все ще не визначеними в теоретичному, діагностичному та терапевтичному аспектах [6, 7].

Мета даної роботи – визначити клініко-психопатологічні особливості дисоціативних розладів з адикціями в клінічній структурі.

В роботі були використані наступні методи: клініко-психопатологічне дослідження (збір і аналіз анамнестичних даних, жалоб та клінічного стану пацієнтів); система AUDIT-подібних тестів для комплексної оцінки адиктивного статусу [8], клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів, а також клініко-статистичні методи аналізу отриманих даних (методи описової та порівняльної статистики, кореляційний аналіз) [9, 10].

Основну групу дослідження склали 35 хворих з адикціями в клінічній картині дисоціативного розладу, контрольну – 20 хворих без адикцій.

Згідно з результатами аналізу особливостей формування та перебігу дисоціативних розладів у хворих досліджуваних груп спостерігалось переважання підгострого початку захворювання як одного з найпоширеніших варіантів формування неврозів (табл. 1). Однак серед хворих на дисоціативні розлади, що коморбідні з адикціями, окрім підгострого початку (51,43 %) спостерігалось

Таблиця 1. Особливості формування й перебігу дисоціативного розладу у хворих досліджуваних груп

Критерій	Хворі з адикціями (n=35)		Хворі без адикцій (n=20)		p
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
Початок невротичної хвороби					
гострий	6	17,14	8	40	0,0469
підгострий	18	51,43	9	45	0,1993
затяжний	11	31,43	3	15	0,1093
Перебіг невротичної хвороби					
періодичний	8	22,86	7	35	0,1533
приступоподібний	18	51,43	11	55	0,214
безперервний	9	25,71	2	10	0,1121
Тривалість невротичної хвороби					
до 1 року	8	22,86	8	40	0,0997
до 3 років	19	54,29	9	45	0,1783
понад 3 роки	9	25,71	3	15	0,1835

Примітка. Достовірність відмінностей між групами на рівні $p < 0,05$ виділено.

Тут і в табл. 2 та 3.

також переважання затяжного типу (31,43 %) формування невротичного захворювання, в той час як гострий початок захворювання у цих хворих зустрічався значно рідше (в 17,14 % випадків), ніж у хворих без адикцій (в 40 % випадків відповідно при $p = 0,0469$). У хворих же на дисоціативні розлади без адикцій спостерігалось превалювання підгострого й гострого варіантів початку невротичної хвороби.

За особливостями перебігу дисоціативних розладів між хворими досліджуваних груп не зафіксовано, але на рівні тенденції спостерігалось переважання приступоподібного (51,43 %) і безперервного (25,71 %) типів, у той час як у хворих без адикцій переважали приступоподібний (55 %) і періодичний (35 %) типи.

За тривалістю хвороби статистичних відмінностей між групами не було. Однак стає очевидною наступна тенденція: хворі з адикціями при дисоціативному розладі характеризуються більшою тривалістю невротичної хвороби (більш ніж до одного року, а саме до трьох та понад трьох років) порівняно з хворими без адикцій, в групі яких частіше зустрічається тривалість невротичного розладу до одного року.

Аналіз тривалості дії психотравмуючих факторів показав, що у хворих на дисоціативні розлади з адикціями значно частіше відмічалось поєднання хронічних і гострих психотравм (в 45,71 % випадків) порівняно з хворими без адикцій (в 20 % випадків при $p = 0,0389$). Поєднані психотравми значно

посилювали дезадаптацію хворих та діяли за принципом останньої краплі (табл. 2).

Аналіз психотравмуючих чинників за сферами життєдіяльності значущих відмінностей між групами порівняння у хворих на дисоціативні розлади не показав. Серед факторів психотравматизації у хворих на дисоціативні розлади незалежно від групи порівняння провідними 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 і 30 % хворих відповідно). Відмінності між групами порівняння для цих форм неврозів відмічались лише на рівні тенденції за представленістю емоційно-ізоляційних факторів, які частіше відмічали хворі з адикціями (20 % хворих на дисоціативні розлади), у той час як хворі без адикцій вказували на ці фактори вдвічі рідше – в 10 % випадків.

Аналіз виразності невротичної симптоматики (за результатами клінічного опитувальника К.К. Яхіна та Д.М. Менделевича [9]) у хворих досліджуваних груп довів, що дисоціативні розлади, коморбідні з адикціями, характеризуються значно вищою інтенсивністю невротичної симптоматики, зокрема за шкалами невротичної депресії ($-4,13 \pm 0,69$ при $p = 0,0257$), вегетативних порушень ($-4,59 \pm 1,40$ при $p = 0,0472$), істеричного типу реагування ($-3,47 \pm 0,71$ при $p = -0,0449$), obsesивно-фобічних порушень

Таблиця 2. Провідні психотравмуючі чинники формування дисоціативних розладів у хворих досліджуваних груп

Фактори психотравматизації	Хворі з адикціями (n=35)		Хворі без адикцій (n=20)		p
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
За тривалістю дії:					
гострі	10	28,57	9	45	0,1098
хронічні	9	25,71	7	35	0,1840
поєднані	16	45,71	4	20	0,0389
За сферами життєдіяльності:					
пов'язані з професійною діяльністю (втрата роботи, службові конфлікти, напруга/навантаження на роботі)	10	28,57	6	30	0,2392
матеріально-побутові (погіршення матеріально-побутового рівня життя, зміна місця проживання)	2	5,71	1	5	0,4536
пов'язані зі здоров'ям (власна хвороба, хвороба близької людини, ятрогенії)	11	31,43	6	30	0,2369
сімейно-особистісні (розпад сім'ї, сімейно-побутові конфлікти, відсутність емоційної підтримки, ревності, зрада)	24	68,54	17	85	0,1093
емоційно-ізоляційні (пов'язані з відчуттям самотності)	7	20	2	10	0,2009
стресові потрясіння (ДТП, нещасні випадки, арешти, злочинні дії і т. ін.)	3	8,57	0	0	0,2495

(-3,25±0,77 при p=0,0499) та астенії (-2,34±0,82 при 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), табл. 3. Тобто в клініці змішаного

тичної симптоматики. Хворі ж на дисоціативні розлади без адикцій відмічали у своєму стані на рівні хворобливих лише депресивні симптоми (-1,36±0,96) і то значно меншою інтенсивністю, ніж в групі хворих з адикціями.

Таблиця 3. Виразність невротичної симптоматики у хворих на дисоціативні розлади у хворих досліджуваних груп

Шкали	Хворі з адикціями (n=35)	Хворі без адикцій (n=20)	p
Тривога	-2,09±0,86	0,61±1,12	0,0638
Невротична депресія	-4,13±0,69	-1,36±0,96	0,0257
Астенія	-2,34±0,82	1,39±1,00	0,0328
Істеричний тип реагування	-3,47±0,71	-0,94±1,05	0,0449
Обсесивно-фобічні порушення	-3,25±0,77	-0,76±0,94	0,0499
Вегетативні порушення	-4,59±1,4	-0,36±1,24	0,0472

дисоціативного розладу, коморбідного з адикціями, відмічалась висока інтенсивність провідних порушень (істеричних симптомів) з виразною соматовегетативною симптоматикою, депресивними, обсесивними проявами й астенізацією. Так, за даними самооцінки хворих з адикціями, в їх стані найбільш інтенсивними були вегетативні порушення (-4,59±1,40), 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) невро-

За іншими шкалами у хворих без адикцій проявів хворобливого стану зафіксовано не було.

Отримані дані доповнялись оцінкою провідних клініко-психопатологічних синдромів в групах обстежених осіб (рис. 1). Провідними синдромами в структурі змішаних дисоціативних розладів з адикціями в клінічній картині були соматовегетативний (60 %) і тривожний (51,43 %), які поєднувались переважно з депресивним (34,3 %), дисфоричним (34,29 %) та іпохондричним (31,43 %) синдромами.

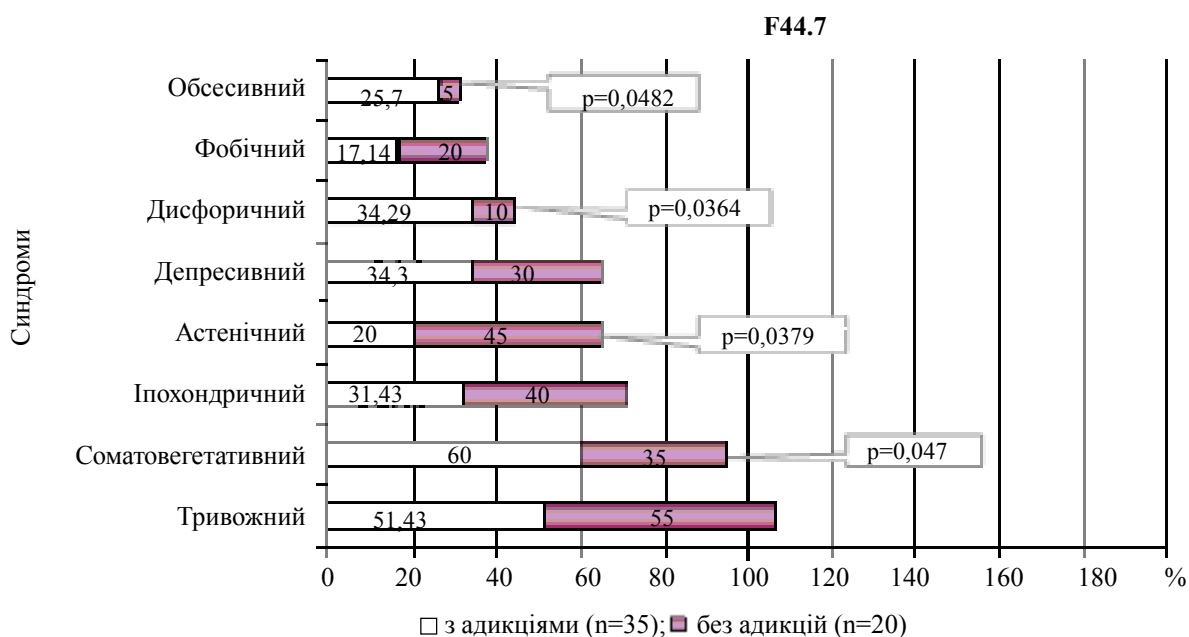


Рис. 1. Синдромальна структура дисоціативних розладів в групах обстежених

У хворих на дисоціативні розлади без адикцій в синдромальній структурі переважали тривожний (55 %), астенічний (45 %) та іпохондричний (40 %) синдроми.

Згідно з результатами порівняльного аналізу встановлено, що в структурі дисоціативних розладів, коморбідних з адикціями, значно частіше виявлялися дисфоричний (34,29 % при $p=0,0364$), соматовегетативний (60 % при $p=0,047$) та обсесивний (0,0482) синдроми порівняно з хворими без адикцій (10, 35 та 5 % відповідно), у той час як астенічний синдром значно частіше зустрічався в структурі дисоціативних розладів без коморбідної адиктивної патології (45 % при $p=0,0379$) порівняно з основною групою (20 %).

Таким чином, наявність дисфоричного, соматовегетативного та обсесивного синдромів є характерною ознакою дисоціативних розладів, що коморбідні з адикціями, у той час як наявність астенічного синдрому здебільшого характеризує відсутність адиктивних порушень.

Наступним етапом статистичної обробки отриманих даних було проведення кореляційного аналізу та встановлення взаємозв'язків між виразністю невротичної симптоматики (за даними опитувальника Яхіна-Менделевича) та адиктивними тенденціями (за даними AUDIT-тестів). Отримані коефіцієнти кореляції свідчать про те, що низькі показники за методикою Яхіна-Менделевича (тобто високий рівень невротичної симптоматики) корелюють з високими показниками за AUDIT-

тестами (тобто з високим рівнем виразності адиктивних тенденцій). Рівень невротизації прямо пов'язаний з рівнем адиктивності: чим вищий рівень невротизації, тим вищий рівень адиктивності, і навпаки. Достовірних кореляцій зворотного значення отримано не було. На рис. 2 графічно відображені лише достовірні кореляції конкретних невротичних симптомів з певними адиктивними тенденціями. Так, у хворих на дисоціативні розлади всі невротичні симптоми були прямо пов'язані (тобто мали достовірні кореляційні зв'язки) з роботоголізмом та зловживанням/або розладами в сексуальній сфері.

Тобто високі показники невротичної симптоматики корелювали з високими показниками виразності зазначених адиктивних тенденцій. Найбільшу кількість достовірних кореляцій з різними варіантами адикцій при дисоціативних розладах мали такі симптоми, як астенія, депресія та тривога. Саме ці симптоми були пов'язані з найбільшою кількістю адиктивних пристрастей.

Так, астенічна симптоматика при дисоціативних розладах корелювала з виразністю наступних адикцій (дані наведено в порядку зменшення коефіцієнтів кореляції): робота ($r=-0,47$), секс ($r=-0,40$), шопінг ($r=-0,39$), читання ($r=-0,35$), перегляд ТБ ($r=-0,32$), психостимулятори ($r=-0,30$), ЛОС та комп'ютерні ігри ($r=-0,29$). Виразність депресивної симптоматики була прямо пов'язана з виразністю наступних адиктивних тенденцій: секс ($r=-0,52$), робота ($r=-0,43$), комп'ютерні

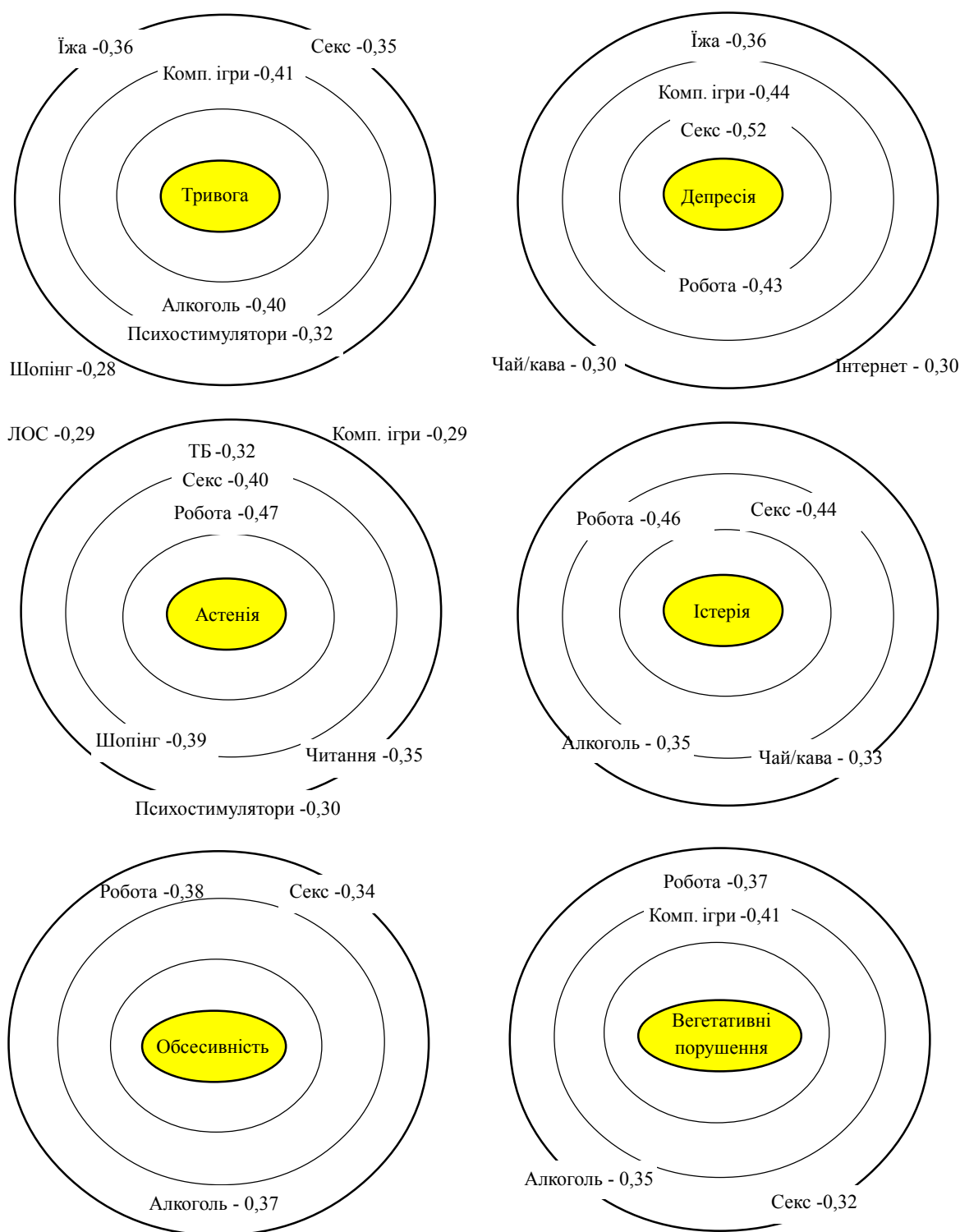


Рис. 2. Кореляційний простір «симптом–адикції» у хворих на дисоціативні розлади (F 44.7)

ігри ($r=-0,44$), ЛОС ($r=-0,38$), їжа ($r=-0,36$), чай/кава та інтернет ($r=-0,30$). Виразність тривожної симптоматики корелювала з рівнем адиктивності за наступними об'єктами: 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 адикцій. Так, виразність істеричного типу реагування була прямо пов'язана з рівнем адиктивності за наступними об'єктами: робота ($r=-0,46$), секс ($r=-0,44$), алкоголь ($r=-0,35$) та чай/кава ($r=-0,33$).

Рівень obsесивної симптоматики прямо корелював з адиктивністю за наступними об'єктами: робота ($r=-0,38$), алкоголь ($r=-0,37$) та секс ($r=-0,34$). Виразність вегетативних порушень була пов'язана з виразністю таких адиктивних тенденцій, як зловживання комп'ютерними іграми ($r=-0,41$), роботою/навчанням ($r=-0,37$), алкоголем ($r=-0,35$) та сексуальними адикціями ($r=-0,32$). Такі адиктивні пристрасті, як азартні ігри, тютюнопаління, вживання канабіноїдів та снодійно-седативних речовин, не мали достовірних зв'язків з невротичною симптоматикою у хворих на дисоціативні розлади.

Результати проведеного дослідження доводять, що дисоціативні розлади з адикціями в клінічній картині характеризуються більшою інтенсивністю психопатологічної симп-

томатики, зокрема невротичної депресії, вегетативних порушень, істеричного типу реагування, obsесивно-фобічних порушень та астенії в порівнянні з хворими цієї ж групи без адикцій. Характерною ознакою дисоціативних розладів, що коморбідні з адикціями, є наявність підгострого або затяжного початку захворювання, поєднання гострих і хронічних психотравмуючих чинників, представленість в синдромальній структурі дисфоричного, соматовегетативного та obsесивного синдромів. Встановлено, що виразність невротичної симптоматики прямо пов'язана з рівнем адиктивності хворих на дисоціативні розлади.

Отримані дані можуть розглядатися в якості прогностичних ознак наявності адиктивної загрози у хворих на змішані дисоціативні розлади.

Список літератури

1. Волошин П.В. Стратегия охраны психического здоровья населения Украины: современные возможности и препятствия / П.В. Волошин, Н.А. Марута // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 1 (82). – С. 5–11.
2. Колядко С.П. Эмоциональная абстиненция как биопсихологический феномен в переходных процессах при неравновесном гомеостазе эмоционального фонда / С.П. Колядко, Т.М. Воробьева // Психическое здоровье. – 2014. – № 1. – С. 12–15.
3. Зальмунин К.Ю. Химические и нехимические аддикции в аспекте сравнительной аддиктологии / К.Ю. Зальмунин, В.Д. Менделевич // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуск. – 2014. – 114 (5). – С. 3–8.
4. 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.
5. Зільберблат Г.М. Реформування психіатричної служби крізь призму наркологічних проблем / Г.М. Зільберблат // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 3 (84). – С. 74–78.
6. Марута Н.А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты / Н.А. Марута // Медична газета «Здоров'я України». – 2013. – Тематичний номер «Неврологія. Психіатрія. Психотерапія». – Грудень 2013 р. – С. 38–39.
7. Sartorius N. Comorbidity of Mental and Physical Disorders / N. Sartorius, R.I.G. Holt, M. Maj / Key Issues in Mental Health. – 2015. – Vol. 179. – 188 p.
8. Система AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции / И.В. Линский, А.И. Минко, А.Ф. Артемчук и др. // Новости украинской психиатрии. – Киев–Харьков, 2009. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm>
9. Яхин К.К. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / К.К. Яхин, Д.М. Менделевич // Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. – М., 1998. – С. 545–552.
10. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологический и психопатологический аспект). – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 328 с.

М.М. Денисенко

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССОЦИАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С КОМОРБИДНЫМИ АДДИКЦИЯМИ

С целью исследования клинико-психопатологических особенностей диссоциативных расстройств с аддикциями в клинической структуре проанализированы особенности их формирования и течения, факторов психотравматизации, выраженности невротической симптоматики и специфики

их синдромальной структуры. Установлено, что диссоциативные расстройства с аддикциями характеризуются подострым или затяжным началом заболевания, сочетанием острых и хронических психотравмирующих факторов, высокой интенсивностью психопатологической симптоматики, в частности невротической депрессии, вегетативных нарушений, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических нарушений и астении, а также представленностью в синдромальной структуре дисфорического, соматовегетативного и обсессивного синдромов. Установлено, что выраженность невротической симптоматики напрямую связана с уровнем аддиктивности больных диссоциативными расстройствами.

Ключевые слова: диссоциативные расстройства, аддикции, клинико-психопатологические признаки, корреляция.

M.M. Denysenko

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DISSOCIATIVE DISORDER WITH COMORBID ADDICTION

To investigate the clinical and psychopathological features of dissociative disorders with addiction in the clinical structure, were analyzed features of their formation and flow, psychotraumatic factors, severity of neurotic symptoms and their specific syndromal structure. It was established that dissociative disorders with addiction characterized by subacute or a protracted onset of the disease, a combination of acute and chronic stressful factors, high intensity of psychopathology, particularly in neurotic depression, autonomic disorders, such as hysterical response, obsessive-phobic disorders and fatigue, as well as representation in syndromal structure of dysphoric, somato-vegetative and obsessive syndromes. It was found that the severity of neurotic symptoms is directly related to the level of addictiveness of patients with dissociative disorders.

Key words: dissociative disorders, addiction, clinical and psychopathological symptoms, correlation.

Поступила 16.01.17