

УДК 616.895-615.851-616.89-02-084

М. В. ЗАКЛАДНИЙ

## ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ НЕВРОТИЧНОГО ТА ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

**Встановлено відмінності суб'єктивної та об'єктивної оцінки наявності і вираженості у пацієнтів основних клініко-психопатологічних феноменів тривожних розладів невротичного й органічного генезу. Клінічна картина захворювання була більш вираженою у пацієнтів із тривожними розладами органічного походження. Визначено тенденцію до незначної недооцінки хворими обох груп тяжкості власної тривожної симптоматики і переоцінки значущості депресивних проявів. Отримані дані було покладено в основу розробки заходів психокорекції та психопрофілактики тривожних розладів у пацієнтів із невротичними або органічними порушеннями.**

*Ключові слова:* тривожні розлади, невротичні розлади, органічні розлади, психопатологічна симптоматика.

Епідеміологічні дослідження свідчать про виникнення тривожних станів протягом життя більш ніж у чверті популяції, а на різноманітні види тривожних розладів (ТР) страждає від 15 до 18% дорослого населення у світі [1]. За даними медичної статистики МОЗ України, в загальній захворюваності на психічні розлади перші три місця посідає патологія психіки алкогольного, органічного та невротичного генезу, в структурі кожної з яких питому вагу займають ТР [2].

Багатофакторність етіопатогенетичних механізмів ТР підтверджує необхідність мультидисциплінарного підходу до їх дослідження з біо-психосоціальних позицій [3]. Такі особливості тривоги, як реактивність, нестабільність проявів і динаміки насамперед в емоційній та когнітивній сферах, визначають варіабельність форм ТР

невротичного та неврозоподібного генезу, що потребують розробки диференційованих підходів та терапевтичних заходів.

Мета цієї роботи — порівняльний аналіз суб'єктивної та об'єктивної оцінки наявності і вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів ТР невротичного й органічного генезу для обґрунтування необхідності диференціації терапевтичних підходів у лікуванні цих контингентів пацієнтів.

Упродовж 2011–2015 рр. на базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру нами, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, було обстежено 200 пацієнтів із ТР. Групу 1 становили 100 хворих із ТР невротичного генезу, групу 2 — 100 пацієнтів із ТР органічного походження (таблиця).

За гендерним розподілом серед обстежених групи 1 жінок було 53 %, чоловіків — 47 %; в групі 2, навпаки, чоловіків було незначно більше, ніж жінок (54 % чоловіків та 46 % жінок).

У віковому діапазоні серед пацієнтів групи 1 превалювали особи до 50 років: 27 % — до 30 років, 30 % — до 40, 33 % — до 50 років. В групі 2, навпаки, 70 % хворих були у віці від 41 до 60 років.

Серед респондентів обох груп переважали особи із середньої або середньою спеціальною освітою (83 % групи 1 та 80 % групи 2), що відрізняється від даних [1], згідно з якими в групі пацієнтів із ТР превалюють особи з вищою освітою.

В групі 1 хворих, що мали власну родину, було більше, ніж в групі 2 (63 проти 40 %), а кількість самотніх осіб була значно меншою (7 проти 27 %).

Незадоволених матеріально-побутовими умовами життя виявилась однакова кількість в обох групах (53 % у групі 1, 54 % у групі 2), проте за характеристиками соціального статусу пацієнти обох груп відрізнялися: у групі 1 найбільшою соціальною групою виявилися безробітні — 53 %, а в групі 2 — пенсіонери, які становили 40 %.

У групі 1 спадковість на психічну патологію визнали 47 %, у групі 2 — 31 % респондентів. Супровідна соматична патологія була наявна практично в усіх пацієнтів групи 2 (у першу чергу захворювання серцево-судинної системи), у значно меншій кількості — у хворих групи 1.

Нозологічна структура ТР виявилась такою.

У групі 1 питома вага респондентів (43 %) мала діагноз ТР F.41 за МКХ-10, у 28 % діагностовано неврастенію F.48 із вираженим тривожним компонентом, 13 % страждали від соматоформних розладів F.45 із тривожним радикалом, 10 % — від фобічних ТР F.40, а 7 % — від змішаної тривожно-депресивної реакції в рамках розладу адаптації F.43 (рис. 1).

Нозологічна структура ТР у групі 2 була представлена змішаним афективним розладом органіч-

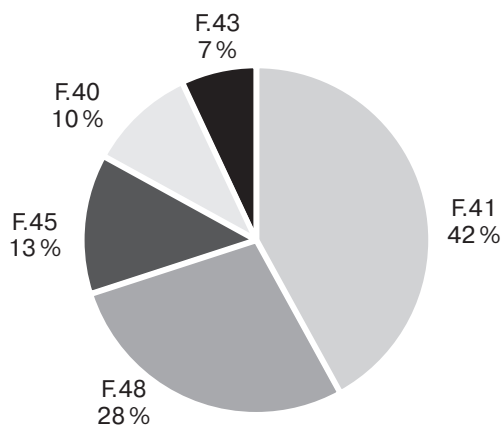


Рис. 1. Нозологічна структура тривожних розладів у групі 1

### Основні соціально-демографічні показники хворих із тривожними розладами неорганічного й органічного походження, %

Показники		Група 1	Група 2
Стать	Чоловіки	47,0±5,0	54,0±5,0
	Жінки	53,0±5,0	46,0±5,0
Вік, років	19–30	27,0±4,4	12,0±3,2
	31–40	30,0±4,6	18,0±3,8
	41–50	33,0±4,7	26,0±4,4
	51–60	10,0±3,4	44,0±5,0
Освіта	Середня	60,0±4,9	34,0±4,7
	Середня спеціальна	23,0±4,2	46,0±5,0
	Вища	17,0±3,7	20,0±4,0
Сімейний стан	Власна родина	63,0±4,8	40,0±4,9
	Батьківська родина	30,0±4,6	33,0±4,7
	Самотній	7,0±2,5	27,0±4,4
	Задовільні	47,0±5,0	46,0±5,0
Соціальний стан	Незадовільні	53,0±5,0	54,0±5,0
	Робітник	27,0±4,4	26,0±4,4
	Робітник сільського господарства	3,0±1,8	6,0±2,4
	Службовець	10,0±3,0	8,0±2,7
	Безробітний	53,0±5,0	20,0±4,0
	Пенсіонер	7,0±2,5	40,0±4,9

ного генезу F.06.33 (53 % хворих) та ТР органічного генезу F.06.4 (47 % респондентів) (рис. 2).

Клініко-психопатологічне дослідження містило поглиблене клінічне стандартизоване інтерв'ю з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10. Суб'єктивну оцінку наявних

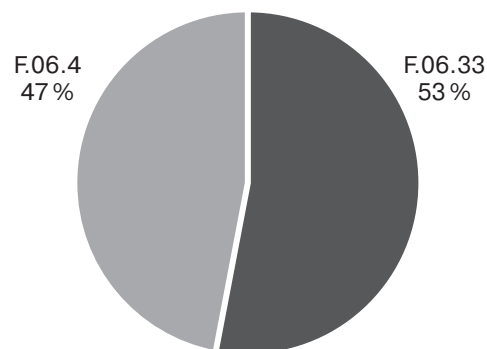


Рис. 2. Нозологічна структура тривожних розладів у групі 2

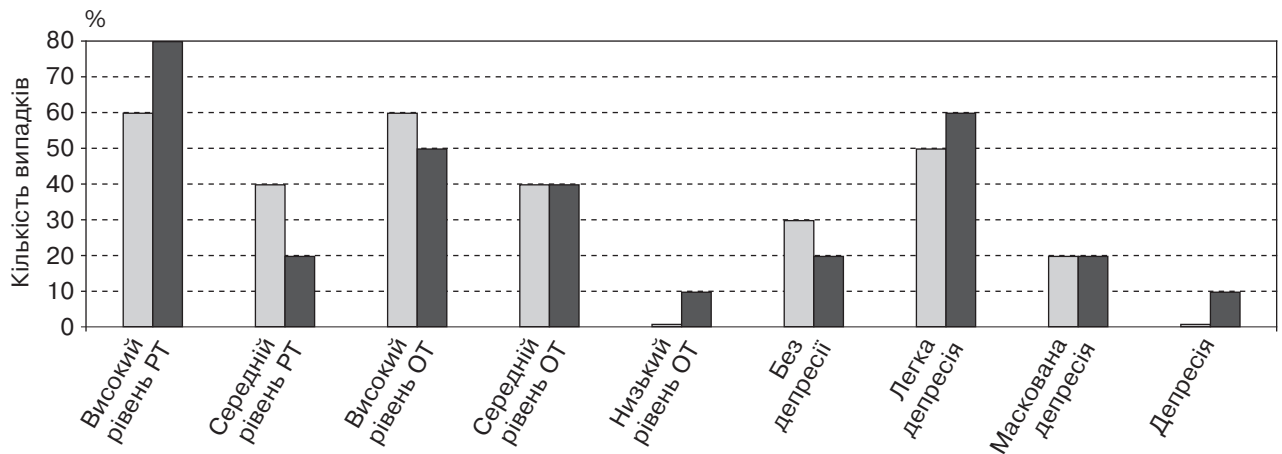


Рис. 3. Порівняльна характеристика структури і вираженості суб'єктивних проявів тривожних розладів в обстежених: □ — група 1; ■ — група 2

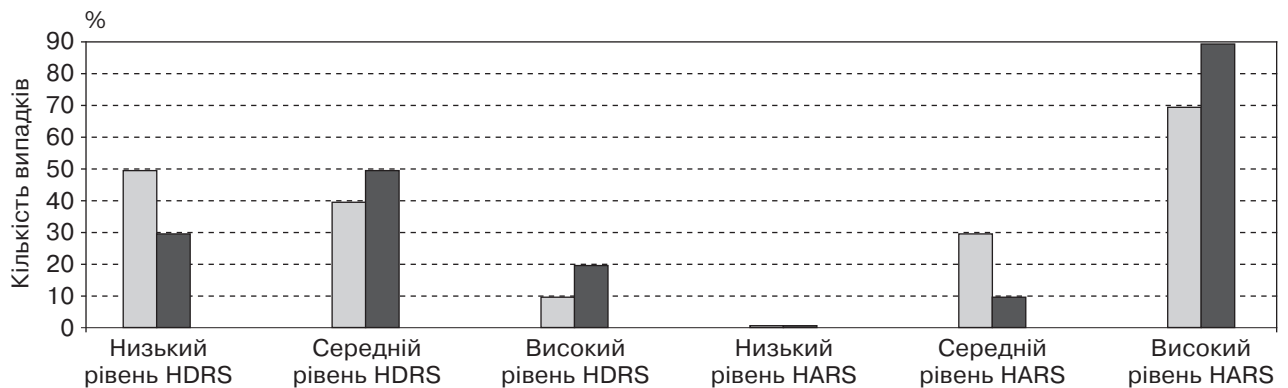


Рис. 4. Порівняльна характеристика структури і вираженості об'єктивних проявів тривожних розладів у обстежених: □ — група 1; ■ — група 2

клініко-психопатологічних проявів здійснювали за допомогою психодіагностичного методу з використанням методики диференційної діагностики депресивних станів Зунге та методики діагностики самооцінки Ч. Д. Спілбергера і Ю. Л. Ханіна, згідно з якою визначали рівень реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) [4]. Вивчення об'єктивних проявів психопатологічної симптоматики здійснювали з використанням клінічних рейтингових шкал депресії та тривоги HDRS і HARS Гамільтона [5].

Аналіз структури і вираженості суб'єктивних проявів ТР свідчить про їх розбіжності серед обстежених груп (рис. 3).

У цілому особи з ТР невротичного генезу оцінювали власний стан менш тяжко, ніж пацієнти з органічною патологією. За суб'єктивною оцінкою пацієнтів групи 1, високий рівень ситуаційної тривожності спостерігався у двох третин обстежених, а серед обстежених групи 2 — у 80% випадків. Оцінювали свій стан як «без депресії» третина хворих групи 1 і лише 10% у групі 2, третина якої вважала, що страждає від маскованої та істинної депресії (на відміну від хворих групи 1, які не оцінили власний стан як депресивний).

Вивчення об'єктивних показників вираженості психопатологічних феноменів тривоги і депресії також підтвердив попередньо встановлену тенденцію більш тяжкого перебігу ТР у пацієнтів групи 2 порівняно із хворими групи 1 (рис. 4). Так, серед хворих із ТР органічного генезу високий рівень патологічної тривоги за шкалою HARS (ТР) верифіковано у 90% респондентів, тоді як у третини осіб із невротичною тривогою її вираженість досягала рівня тривожного стану, але не розладу. Виразеність депресивної симптоматики також виявилась більш тяжкою у пацієнтів групи 2, серед яких у 70% діагностовано малий (50%) або тяжкий (20%) депресивний епізод. Між іншим, у половини хворих групи 1 депресивні ознаки не досягали вираженості клінічно окресленої депресії на рівні навіть малого депресивного епізоду.

За структурою психопатологічної тривожної симптоматики встановлено, що у хворих групи 1 у структурі психопатологічної тривоги «психічні» її симптоми переважали над «соматичними» (за методикою HARS), а саме — тривожний настрій, напруга, страх, депресивний настрій ( $p < 0,05$ ), тоді як у пацієнтів групи 2 спостерігалась зворотна

тенденція з виходом на перший план соматичних проявів тривоги (сенсорних, м'язових, серцево-судинних та інших симптомів;  $p < 0,05$ ).

У структурі діагностованих симптомів депресії серед пацієнтів групи 2 превалювали знижений настрій, почуття провини, зниження здатності до праці та діяльності, загальмованість мислення, соматична тривога й загальносоматичні симптоми, порушення сну. Депресивний настрій виявлявся почуттям провини у вигляді самозвинувачень, втрати інтересу до діяльності у вигляді апатії, загальмованості у бесіді, ажитацією. У пацієнтів групи 1 у структурі діагностованих симптомів депресії провідними були знижений настрій і соматична тривога.

Отже, за аналізом суб'єктивних і об'єктивних даних щодо психопатологічної симптоматики ТР різного генезу було встановлено наявність тривожних і депресивних проявів в обстежених. Однак у хворих групи 1 симптоми, які становили клінічну картину психічного розладу, мали менший ступінь вираженості, ніж у пацієнтів групи 2.

У цілому за результатами проведеного дослідження можна зробити висновок щодо виявленої тенденції до незначної недооцінки хворими обох груп тяжкості власної тривожної симптоматики і переоцінки значущості депресивних проявів.

Таким чином, при визначенні стратегії медико-психологічної роботи з пацієнтами з ТР

необхідно враховувати їх генез, бо від цього залежить різна спрямованість «мішеней» психокорекційної роботи. Отримані дані були покладені нами в основу розробки заходів психокорекції та психопрофілактики ТР у хворих із невротичними або органічними порушеннями.

#### Список літератури

1. Марута Н. А. Особенности диагностики и терапии тревожных расстройств невротического и органического генеза / Н. А. Марута, Т. В. Панько // Укр. вісн. психоневрології.— 2013.— Т. 21, вип. 1 (74).— С. 75–82.
2. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута [та ін.] // Укр. вісн. психоневрології.— 2012.— Т. 20, вип. 3 (72).— С. 13–18.
3. Маркери-мішені та принципи психокорекції різних форм тривожних розладів / Є. Г. Гриневич, М. В. Маркова, Г.М. Кожина, В.С. Первий // Мед. психологія.— 2013.— № 1 (29).— С. 76–82.
4. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Райгородский Д. Я.— Самара: Бахрах-М, 2002.— 668 с.
5. Подкорытов В. С. Депрессии (Современная терапия) / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка.— Харьков: Торнадо, 2003.— 350 с.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО И ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

М. В. ЗАКЛАДНЫЙ

**Установлены различия субъективной и объективной оценки наличия и выраженности у пациентов основных клинико-психопатологических феноменов тревожных расстройств невротического и органического генеза. Клиническая картина заболевания была более выражена у пациентов с тревожными расстройствами органического происхождения. Определена тенденция к незначительной недооценке большими обеими группами тяжести собственной тревожной симптоматики и переоценке значимости депрессивных проявлений. Полученные данные были положены в основу разработки мероприятий психокоррекции и психопрофилактики тревожных расстройств у пациентов с невротическими или органическими нарушениями.**

*Ключевые слова:* тревожные расстройства, невротические расстройства, органические расстройства, психопатологическая симптоматика.

## COMPARATIVE ANALYSIS OF CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH ANXIETY DISORDERS OF NEUROTIC AND ORGANIC ORIGIN

M. V. ZAKLADNYI

**The differences in subjective and objective evaluation of the presence and severity of major clinical psychopathological phenomena of anxiety disorders of neurotic and organic origin were determined. The clinical picture of the disease was more pronounced in patients with anxiety disorders of organic origin. The tendency to minor underestimation by the patients from the both groups of severity of the own anxiety symptoms and overestimation of the significance of depressive manifestations was identified. The obtained findings were used to develop the measures of psychocorrection and psychoprophylaxis of anxiety disorders in patients with neurotic or organic disorders.**

*Key words:* anxiety disorders, neurotic disorders, organic disorders, psychopathological symptoms.

Надійшла 11.05.2015