

І. О. Явдак

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ПРИ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИХ РОЗЛАДАХ

И. А. Явдак

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

I. O. Yavdak

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FACTORS TO DEVELOP RESISTANCE IN CASE OF ANXIETY AND PHOBIC DISORDERS

З метою визначення соціодемографічних та клініко-психопатологічних особливостей резистентних тривожно-фобічних розладів (F40.8) обстежено 50 хворих: 26 — з ознаками резистентності та 24 — без ознак резистентності. Як клініко-психопатологічні особливості резистентних тривожно-фобічних розладів виокремлено низьку соціальну адаптованість у вигляді недостатньої сімейної та професійної реалізованості; зтяжний початок захворювання; наявність соматичної обтяженості; негативне ставлення до лікування у психіатра; поєднання складних, суб'єктивно важко подоланих психотравмуючих чинників, поширених переважно на сферу здоров'я, з соматизацією, формуванням складних клініко-психопатологічних комплексів (тривожно-фобічно-депресивно-іпохондричних) та дезадаптивної поведінкової стратегії «уникнення».

Ключові слова: резистентність, тривожно-фобічні розлади, клініко-психопатологічні особливості.

С целью определения социодемографических и клинико-психопатологических особенностей резистентных тревожно-фобических расстройств (F40.8) обследовано 50 больных: 26 — с признаками резистентности и 24 — без признаков резистентности. В качестве клинико-психопатологических факторов резистентных тревожно-фобических расстройств выделены низкая социальная адаптированность в виде недостаточной семейной и профессиональной реализованности; зтяжное начало заболевания; наличие соматической отягощенности; негативное отношение к лечению у психиатра; сочетание сложных, субъективно трудно преодолимых психотравмирующих факторов, распространяющихся преимущественно на сферу здоровья, с соматизацией, формированием сложных клинико-психопатологических комплексов (тревожно-фобически-депрессивно-ипохондрических) и дезадаптивной поведенческой стратегией «избегания».

Ключевые слова: резистентность, тревожно-фобические расстройства, клинико-психопатологические особенности.

50 patients were examined with the aim to determine socio demographic and clinical and psychopathological peculiarities of resistant anxiety and phobic disorders (F40.8), including 26 patients showing signs of resistance and 24 patients showing no signs of resistance. The following clinical and psychopathological factors of resistant anxiety and phobic disorders were identified: low social adaptation ability in the form of incomplete family and professional actualization; late-onset disorders; somatic burden symptoms; negative attitude towards the psychiatric treatment; a combination of complex subjective intractable psycho-traumatic factors, related mainly to the field of health care along with somatization and formation of complicated clinical and psychopathological complexes (anxiety and phobic-depressive-hypochondriac) and maladaptive behavioral strategy of "avoidance".

Key words: resistance, anxiety and phobic disorders, clinical and psychopathological peculiarities.

У зв'язку зі зростанням рівня невротичних розладів, їх клінічним патоморфозом, тенденцією до хроніфікації та формуванням зтяжних форм з негативними соціальними наслідками у вигляді стійкої соціальної дезадаптації, наукове вирішення питання резистентності набуває все більшого значення [1—6]. При цьому найбільш актуальним та складним є визначення специфічних клініко-патогенетичних маркерів та чинників формування резистентності при тривожно-фобічних розладах. Ця проблематика на сьогодні є однією з найбільш дискусійною та затребуваною і в той же час — найменш розроблених тем сучасної психіатричної науки, що свідчить про її високу актуальність і доцільність проведення конкретних досліджень в цій галузі.

Метою даного дослідження було вивчення клініко-психопатологічних особливостей резистентних тривожно-фобічних розладів для удосконалення критеріїв їх прогнозування.

Для реалізації мети дослідження використовували клініко-психопатологічний метод, що включав аналіз анамнезу, скарг, клінічного стану хворих та доповнювався використанням опитувальника виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R) [7].

У дослідженні взяли участь 50 хворих на тривожно-фобічні розлади (F40,8), з яких 26 хворих — з ознаками

резистентності (основна група) та 24 хворих — без ознак резистентності (контрольна група).

Аналіз соціодемографічних характеристик обстежених продемонстрував відсутність відмінностей між двома групами дослідження за статтю, віком та рівнем освіти. Однак було зафіксовано, що серед хворих на резистентні форми тривожно-фобічних розладів достовірно ($p \leq 0,05$) більше було непрацюючих осіб (42,31 % при 16,67 % хворих у контрольній групі), при цьому серед працюючих хворих з ознаками резистентності лише 34,61 % мали постійну роботу, порівняно з контрольною групою, де цей показник склав 58,33 % (при $p \leq 0,05$).

За сімейним станом серед резистентних хворих було достовірно ($p \leq 0,05$) більше незаміжніх/неодружених (38,46 %), ніж в контрольній групі (12,5 %). Тобто, хворі з ознаками резистентності характеризувалися більш низькою соціальною адаптованістю у вигляді недостатньої сімейної та професійної реалізованості.

За даними обстеження соматичного стану хворих отримано, що серед резистентних хворих достовірно частіше спостерігалась наявність соматичної обтяженості (73,08 %) в порівнянні з хворими контрольної групи (45,83 %), при $p \leq 0,05$. Так, резистентні хворі до звернення до лікаря-психіатра достовірно частіше отримували консультації різних спеціалістів, проходили всебічні обстеження, курси лікування у лікарів-терапевтів

і лікарів-невропатологів, в результаті чого їм достовірно частіше, ніж хворим контрольної групи, встановлювались різноманітні діагнози (вегетосудинна дистонія, наслідки черепно-мозкової травми, дисциркуляторна енцефалопатія, аутоімунний тиреоїдит, холецистит, гастродуоденіт, коліт, дискінезія жовчовивідних шляхів тощо).

За тривалістю хвороби серед хворих на резистентні тривожно-фобічні розлади переважали особи з більш тривалим анамнезом хвороби (від одного до трьох років) — 50,0 %; та понад 3-х років — 26,9 % хворих), порівняно з групою хворих без ознак резистентності, де ці показники склали 29,2 % та 4,2 %, відповідно, при $p \leq 0,05$.

При цьому у резистентних хворих превалював затяжний (53,8 %) початок захворювання, тоді як у хворих без ознак резистентності початок хвороби був переважно гострим (62,5 %).

Попередні курси лікування у лікаря-психіатра проходили 69,2 % хворих основної групи та 37,5 % хворих контрольної групи. При цьому лише 34,5 % резистентних хворих позитивно ставилися до лікування у лікаря-психіатра, серед хворих контрольної групи позитивно сприймали лікування у лікаря-психіатра значно більша кількість — 70,8 %, при $p \leq 0,05$. Резистентним хворим було властиве «утриманське» ставлення до лікування. Вони заявляли про необхідність застосування гіпно-терапії, були налаштовані на «індивідуальну роботу з психотерапевтом», висловлювали небажання аналізувати особистісні проблеми, протестували проти роботи в психотерапевтичній групі. В той же час більшість хворих контрольної групи відрізнялися «партнерським» ставленням до лікування: активною позицією до необхідності проведення функціональних тренінгів, роботи з аналізу особистісних проблем, над оцінкою й самооцінкою, у тому числі й у психотерапевтичній групі.

Хворі з ознаками резистентності достовірно ($p \leq 0,05$) частіше, ніж хворі без ознак резистентності, вказували на наявність психотравмуючих чинників, пов'язаних з роботою (втрата роботи, безробіття — 30,8 %, при 16,7 % у контрольній групі), станом власного здоров'я (ятрогенії — 96,1 %, при 75,0 % у контрольній групі; наявність соматичного захворювання — 57,7 %, при 29,2 % у контрольній групі) та хворобою або смертю близької людини (53,8 %, при 29,2 % у контрольній групі). Аналіз отриманих даних дозволив встановити більшу представленість психогенії в групі хворих на змішані тривожно-фобічні розлади з ознаками резистентності. Наведені дані демонструють гіршу професійну реалізованість хворих основної групи та більшу представленість психогенії в сфері здоров'я. Слід зазначити, що в усіх обстежених на тривожно-фобічні розлади психогенії поєднувалися, посилюючи соціальну дезадаптацію хворих.

Дослідження клінічних проявів та структури синдрому утворення дозволило встановити загальні для обох досліджуваних груп та специфічні для резистентних тривожно-фобічних розладів клінічні особливості.

Так, в більшості випадків у хворих обох груп хвороблива симптоматика починалась з фобічного нападу, в структуру якого входили соматичні (серцебиття, тремтіння в тілі, відчуття нестачі повітря, запаморочення, непосидючість) і емоційні (тривога, страх) розлади. На висоті тривоги у хворих формувався страх смерті від зупинки серця або задухи, або почуття втрати свідомості. Клінічна картина у всіх обстежених характеризувалась тривогою очікування, вираженим і стійким страхом і униканням ситуацій, які можуть спровокувати страх і фізичний дискомфорт (перебування в місцях скупчення людей, само-

стійні поїздки в транспорті, перебування в замкнутому просторі). Емоційні і поведінкові розлади супроводжувалися наявністю широкого спектра соматовегетативних проявів, які посилювались у загрозливих для хворого ситуаціях: вегетативні симптоми (посилене серцебиття, профузне потовиділення, тремор, сухість у роті); торако-абдомінальні симптоми (задишка, відчуття задухи, біль або неприємні відчуття в грудях, нудота або почуття шлунково-кишкового дискомфорту); неврологічні симптоми (запаморочення, слабкість і невпевненість при ходьбі, припливи жару або холоду, парестезії).

При цьому у хворих на резистентні тривожно-фобічні розлади в більшості випадків до тривожно-фобічної симптоматики приєднувалась іпохондрична фіксація на соматичному неблагополуччі з формуванням тривожно-іпохондричного синдромокомплексу (у 86,4 % хворих основної групи та 36,8 % — в контрольній групі, при $p \leq 0,05$) та унікаючої поведінки (в 57,7 % випадків в основній групі та в 37,5 % — в контрольній групі).

Так, у резистентних хворих виникнення у відповідь на психогенію фобічних атак вело до формування іпохондричних фобій щодо свого стану при мінімальній виразності фобічного уникнення й агорафобії. Після редукції фобічних атак повної редукції психопатологічних розладів тривожного спектра не відбувалося. Зберігалися іпохондричні фобії (кардіо-, інсульто-, онкофобія) і постійна іпохондрична заклопотаність своїм здоров'ям, яка визначала клінічну картину впродовж тривалого періоду. Актуалізація іпохондричних фобій відбувається як у зв'язку з психогенними і соматогенними (навіть незначними вегетативними) провокаціями, так і спонтанно і, як правило, супроводжується частими відвідуваннями лікарів і поновленням прийому ліків.

Крім цього, у резистентних хворих значно частіше фіксувались скарги депресивного спектра різного ступеня виразності: знижений фон настрою (84,6 % хворих основної групи та 45,8 % хворих контрольної групи), розлади сну (46,1 % хворих основної групи та 29,2 % хворих контрольної групи), знижена самооцінка, ідеї самозвинувачення та самоприниження в зв'язку з тим, що мають обмеження в соціальному функціонуванні та, на їхню думку, «підводять» своїх близьких (65,4 % хворих основної групи і 29,2 % хворих контрольної групи), при $p \leq 0,05$.

Виразність депресивного афекту і його залежність від фобічної симптоматики мала достовірні відмінності в залежності від тривалості хвороби. На перших етапах захворювання депресивний афект був вторинним і залежав від ступеня інтенсивності фобічних переживань. Настрій був лабільним, пацієнти могли легко переключатися у сприятливий для них обстановці. З прогресуванням хворобливого стану, формуванням соціальної депривації, приєднанням пов'язаних з цим додаткових переживань депресивна симптоматика ставала перманентною і поглиблювала фобічно-іпохондричні переживання хворого. У цьому разі фон настрою вже не був обумовлений винятково фобічною симптоматикою, і сам по собі був джерелом песимізму і додаткового дискомфорту хворих, обтяжуючи симптоматику, роблячи її більш «розмитюю» і сприяючи формуванню затяжного перебігу хвороби.

Таким чином, у хворих на резистентні форми невротичних розладів фобічна симптоматика була міцно пов'язана з коморбідними психічними розладами (іпохондричними і депресивними), серед яких домінувала іпохондрична симптоматика, через яку формувалась унікаюча поведінка (уникнення певних форм активності,

в тому числі професійної, поїздки у транспорті, самостійного виходу з дому і т. д.), що в свою чергу призводило до затяжного перебігу хворобливого стану.

У хворих же контрольної групи клінічна картина була виражена чітко окресленими нападами паніки з гармонійним поєднанням ознак когнітивної та соматичної тривоги, які не супроводжувалися формуванням стійких психічних розладів. Фобічна симптоматика залежала від наявності пароксизмальних станів, була чітко окресленою, переважно у вигляді проявів агорафобії, без формування унікаючої поведінки та стійких іпохондричних переживань і депресивного афекту. Поодинокі іпохондричні фобії мали транзиторний, вторинний характер і піддавалися зворотному розвитку після редукції панічних нападів.

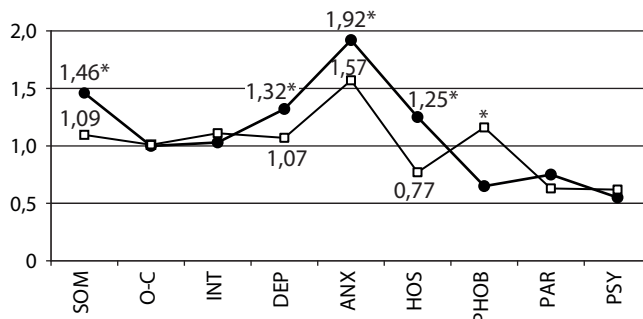
Дані, отримані за шкалою SCL-90-R, збігалися з результатами клінічного спостереження та аналізу (див. рисунок). Згідно з отриманими даними, домінуючим симптомом у хворих на тривожно-фобічний розлад обох груп була тривожність (шкала ANX). При цьому у хворих з резистентним типом перебігу показники тривожності були більш вираженими (1,92 бали), ніж у хворих без ознак резистентності (1,57 бали), при $p \leq 0,05$.

Крім того, у резистентних хворих поряд з тривожною симптоматикою відзначалася виражена соматизація (1,46 бали за шкалою SOM), депресивна симптоматика (1,32 бали за шкалою DEP) і ворожість (1,25 бали за шкалою HOS), в порівнянні з контрольною групою, де показники за даними шкалами склали відповідно: SOM — 1,09; DEP — 1,07; HOS — 0,77 бали, при $p \leq 0,05$.

Під час оцінювання фобічної симптоматики в обстежених спостерігалась зворотна тенденція: у хворих з резистентним типом перебігу фобічна тривожність (шкала PHOB) була менш вираженою (0,65 бали), ніж в контрольній групі (1,16 бали), при $p \leq 0,05$.

Отже, хворі на змішаний тривожно-фобічний розлад з резистентним типом перебігу характеризувались високим рівнем маніфестованої тривожності (нервозність, напруження, тремтіння, напади паніки, почуття невизначеної небезпеки) при низькій виразності реакції страху

на певні об'єкти; представленістю у структурі тривожно-фобічних розладів депресивної симптоматики (симптоми дисфорії й афекту, такі як відсутність інтересу до життя, почуття безнадійності, думки про суїцид та ін.), а також наявністю вираженої соматизації (відчуття тілесної дисфункції) і ворожості по відношенню до оточення (дратівливість, агресивність, реакції гніву).



● резистентні змішані тривожно-фобічні розлади (F48.0)
 □ змішані тривожно-фобічні розлади (F48.0) без ознак резистентності
 * — Вірогідність відмінностей на рівні $p \leq 0,05$

Умовні позначення шкал: SOM — соматизації (Somatization), O-C — obsесивності-компульсивності (Obsessive-Compulsive), INT — міжособистісної сензитивності (Interpersonal Sensitivity), DEP — депресії — (Depression), ANX — тривожності (Anxiety), HOS — ворожості (Hostility), PHOB — фобічної тривожності (Phobic Anxiety), PAR — параноїяльних тенденцій (Paranoid Ideation), PSY — психотизму (Psychoticism)

Порівняльний аналіз виразності психопатологічної симптоматики у хворих основної та контрольної груп (за даними шкали Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R)

Для визначення діагностичної цінності виокремлених клінічних особливостей хворих на резистентні невротичні розлади проводилося обчислення діагностичних коефіцієнтів (ДК) і міри інформативності ознаки $J(xij)$ (за Є. В. Гублером, 1978) (таблиця).

Статистичний аналіз соціальних та клініко-психопатологічних ознак резистентних тривожно-фобічних розладів

Основні ознаки	p	ДК	J(xij)
Виразність психопатологічної симптоматики за даними шкали SCL-90-R			
D (депресивність)	0,0312	4,33	0,57
ANX (тривожність)	0,0460	3,01	0,38
PHOB (фобічна тривожність)	0,0419	-5,67	0,64
HOS (ворожість)	0,0448	5,79	0,62
SOM (соматизація)	0,0180	4,15	0,64
Соціальні та клініко-психопатологічні показники			
соматоневрологічна обтяженість	0,0348	2,03	0,46
безробіття	0,0364	4,05	0,52
відсутність подружніх відносин	0,0302	4,88	0,63
підгострий початок захворювання	0,0321	2,66	0,38
гострий початок захворювання	0,0018	-5,12	1,11
позитивне ставлення до лікування у психіатра	0,0088	-3,11	0,56
психотравмуючі чинники:			
наявність ятрогенії	0,0350	1,08	0,11
смерть близької людини	0,0496	2,66	0,33
наявність соматичного захворювання	0,0301	2,96	0,42
чинники, пов'язані з професійною реалізацією	0,0496	2,66	0,33
коморбідність з іпохондричним синдромом	0,0180	4,15	0,64
коморбідність з депресивним синдромом	0,0348	2,03	0,46
формування стійкої, ригідної поведінки уникнення	0,0294	8,1	0,92

Примітки: p — вірогідність відмінностей (точний метод Фішера)

На підставі проведеного клініко-психопатологічного дослідження встановлені такі ознаки резистентності у хворих на тривожно-фобічні розлади: наявність соматичної обтяженості ($J(xij) = 0,46$); переважно зтяжний тип формування хвороби ($J(xij) = 0,38$); низька соціальна адаптованість у вигляді недостатньої професійної реалізованості ($J(xij) = 0,52$); відсутність подружніх відносин ($J(xij) = 0,63$); наявність психотравмуючих чинників у вигляді ятрогеній ($J(xij) = 0,11$), смерті близької людини ($J(xij) = 0,33$), власного соматичного захворювання ($J(xij) = 0,42$) та професійної нереалізованості ($J(xij) = 0,33$); коморбідність панічних атак, агорафобії з іпохондричною ($J(xij) = 0,64$) та депресивною ($J(xij) = 0,46$) симптоматикою; формування стійкої, ригідної поведінки уникнення при очевидній її дезадаптивності навіть для самого пацієнта ($J(xij) = 0,92$).

Таким чином, отримані результати дозволяють констатувати, що особливостями резистентних тривожно-фобічних розладів є поєднання складних, суб'єктивно важко подоланих психотравмуючих чинників, поширених переважно на сферу здоров'я, разом із соматизацією, формуванням складних клініко-психопатологічних комплексів (тривожно-фобічно-депресивно-іпохондричних) та дезадаптивної поведінкової стратегії «уникнення».

Отримані результати вважаємо доцільним враховувати під час проведення діагностики, що дозволить вчасно виявляти осіб з ризиком розвитку резистентності та вживати заходів щодо її подолання.

Список літератури

1. Быков Ю. В. Депрессии и резистентность : практическое руководство для врачей [Текст] / Быков Ю. В., Беккер Р. А., Резников М. К., — М.: ИЦ РИОР; НИЦ Инфра-М, 2013. — 374 с. — Серия: Наука и практика.
2. Васильева А. В. Зтяжные формы невротических расстройств: клинико-психопатологические аспекты и вопросы

терапии [Текст] / Васильева А. В., Караваева Т. А., Полторак С. В. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 4. — С. 81—87.

3. Громов, Л. А. Общие и частные проблемы терапевтической резистентности [Текст] / Л. А. Громов // Рациональная фармакотерапия. — № 2. — 2011. — С. 13—17.

4. Клейн В. Н. Психодиагностические корреляты терапевтической резистентности больных параноидной шизофренией [Электронный ресурс] // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии : сб. науч. работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвященный 210-летию Сабуровой дачи / под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. — Киев; Харьков, 2010. — Т. 5. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper047.htm>.

5. Марута Н. О. Синдромоутворення при резистентних дисоціативних розладах (психопатологічні механізми невротогенезу) [Текст] / Н. О. Марута, Г. С. Рачкаускас, І. О. Явдак // Український вісник психоневрології. — Т. 22, вип. 1 (78). — 2014. — С. 72—75.

6. Резистентні тривожно-фобічні розлади (чинники формування та методи корекції) [Текст] / [Н. О. Марута, І. О. Явдак, С. П. Колядко, О. С. Череднякова] // Таврический журнал психиатрии. — 2013. — Т. 16. — № 3 (64). — С. 116—123.

7. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / под ред. Н. В. Тарабриной. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.

Надійшла до редакції 29.09.2014 р.

ЯВДАК Ірина Олександрівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків; e-mail: iyavdak@ukr.net

YAVDAK Iryna Oleksandrivna, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: iyavdak@ukr.net