

Т. В. Панько, Г. Ю. Каленська, В. Ю. Федченко, М. М. Денисенко

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ЕНДОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ

Т. В. Панько, Г. Ю. Каленская, В. Ю. Федченко, М. М. Денисенко

Патопсихологические особенности тревожных расстройств эндогенного происхождения

T. V. Panko, G. Yu. Kalenska, V. Yu. Fedchenko, M. M. Denysenko

Pathopsychological peculiarities of anxiety disorders of an endogenous origin

Обстежено 74 пацієнти з депресивними розладами ендогенного генезу: 44 хворих з симптомами тривоги і 30 пацієнтів — без симптомів тривоги. Проведене дослідження дозволило встановити, що загальна тривога у пацієнтів з тривожною симптоматикою у структурі ендогенної депресії має багатокомпонентну і неоднорідну структуру, що включає афективний, фобічний і соматичний компоненти тривоги, тривожну оцінку перспективи і соціальну реакцію захисту. Для пацієнтів основної групи була характерна висока особистісна і реактивна тривога, яка охоплювала всі сфери соціального функціонування і виявлялася не тільки тривожним емоційним станом, а й у ставленні до різних аспектів життя: зниження загальної мотивації, поява і збереження різних страхів і побоювань. Для пацієнтів групи порівняння були характерні середній рівень тривоги, астенії та пасивності, а також ситуаційна стурбованість майбутнім і уникнення соціальних контактів.

Ключові слова: патопсихологічні особливості, тривожні розлади, депресивні розлади

Обследовано 74 пациента с депрессивными расстройствами эндогенного генеза: 44 больных с симптомами тревоги и 30 пациентов — без симптомов тревоги. Проведенное исследование позволило установить, что общая тревога у пациентов с тревожной симптоматикой в структуре эндогенной депрессии имеет многокомпонентную и неоднородную структуру, включающую аффективный, фобический и соматический компоненты тревоги, тревожную оценку перспективы и социальную реакцию защиты. Для пациентов основной группы была характерна высокая личностная и реактивная тревога, которая охватывала все сферы социального функционирования и проявлялась не только тревожным эмоциональным состоянием, а и в отношении к различным аспектам жизни: снижение общей мотивации, появление и сохранение различных страхов и опасений. Для пациентов группы сравнения были характерны средний уровень тревоги, астении и пассивности, а также ситуационная обеспокоенность будущим и избегание социальных контактов.

Ключевые слова: патопсихологические особенности, тревожные расстройства, депрессивные расстройства

It was carried out an examination of 74 patients with depressive disorders of an endogenous genesis including 44 patients with symptoms of anxiety and 30 patients without such symptoms. The investigation revealed that a general anxiety in patient with anxious symptoms in the structure of endogenous depression had a multicomponent and heterogenic structure including affective, phobic and somatic components of anxiety, an anxious assessment of perspectives, and a social defend reaction. Patients from the main group were characterized with a high personal and reactive anxiety embracing all domains of the social functioning and manifesting not only as anxious emotional conditions but also in an attitude to various life aspects: a decreasing of a general motivation, an appearance and maintenance of different fears and apprehensions. Patients from the comparison group were characterized with a moderate level of anxiety, asthenia, and passivity as well as situational concerns about the future and avoidance of social contacts.

Keywords: pathopsychological features, anxiety disorders, depressive disorders

В останнє десятиріччя проблема психічного здоров'я населення в усіх країнах набуває особливої значущості. Це обумовлено, по-перше, тенденцією, що спостерігається в усьому світі, до збільшення захворюваності населення на психічні розлади [8]; по-друге, економічними витратами, як прямими — безпосередньо на лікування самих психічних захворювань, так і непрямими, що пов'язані зі зниженням або втратою працездатності, інвалідизацією, зниженням соціального функціонування [10].

Серед усіх психічних розладів саме тривожні характеризуються значною розповсюдженістю тривожних станів. За даними епідеміологічних досліджень, протягом життя тривожні стани спостерігаються приблизно у ¼ популяції [6]. Симптоми патологічної тривоги виявляються у 30—40 % хворих, які звертаються до лікарів загальної практики [1]. Тривожні розлади пов'язані з великими економічними витратами як для суспільства, так і для пацієнтів. Третина всіх витрат при лікуванні психічних захворювань припадає саме на лікування тривожних розладів [4]. Крім високого рівня розповсюдженості тривожних розладів в структурі захворюваності, ці розлади набувають певної значущості у зв'язку з тенденцією до затяжного атипового перебігу з переважанням складних форм, в клінічній картині яких домінують депресивні,

соматизовані, вегетативні прояви, що міцно пов'язані з афективними симптомами. У структурі сучасного складного патоморфозу психічних розладів специфічними для депресивних розладів є сполучення їх з симптомами тривоги, які, з одного боку, ускладнюють перебіг депресивного розладу, з іншого — сприяють терапевтичній резистентності [3, 5, 7].

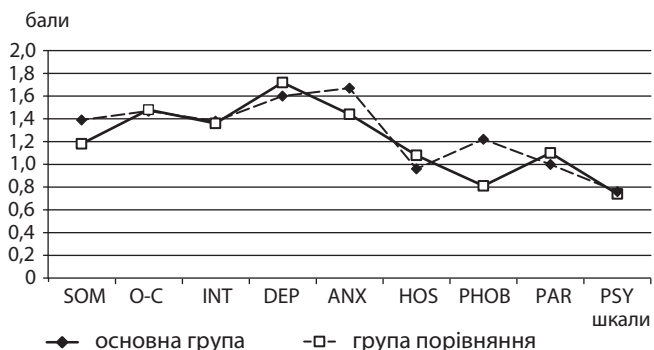
Особливої уваги заслуговують поєднання тривоги з депресивними проявами. Сучасна класифікація використовує діагноз змішаний тривожно-депресивний розлад, що веде до ігнорування діагностики тривожної депресії [4, 11, 14]. Саме наявність депресивних розладів у хворих є чинником ризику госпіталізації та незалежним предиктором смертності [11]. Хворі з депресивними проявами характеризуються низькими мотиваційними можливостями, песимістично ставляться до лікування, вкрай недостатньо виконують режим терапії основного захворювання [5, 12]. Перебіг депресивних розладів у цих хворих характеризується суттєвим та стійким зниженням настрою, песимізмом, зосередженістю на хворобливому самопочутті, що призводить до іпохондризації, жалю до себе, мінімізації навантажень [4, 12]. Зміни життєвих позицій призводять до відмови від будь якої діяльності, звуження кола спілкування, порушують комунікативні можливості пацієнтів [11]. Наслідком цього може бути значне порушення соціальної адаптації та соціального

функціонування хворих [12, 13]. Саме тому діагностика та лікування депресивних розладів мають певні труднощі, і потрібні своєчасна та рання діагностика і терапія для попередження розвитку рецидивів та резистентних форм захворювання.

Враховуючи усе вищевикладене, метою дослідження стало вивчення патопсихологічних особливостей депресивних розладів ендogenous генезу з симптомами тривоги.

Було обстежено 74 хворих на ендogenous депресивні розлади. В основну групу увійшли 44 хворих з депресивними розладами з симптомами тривоги: 25 хворих на рекурентний депресивний розлад (F33), 19 хворих на помірний та тяжкий депресивний епізод (F32). До групи порівняння увійшли 30 хворих з аналогічними розладами без симптомів тривоги: 18 хворих на рекурентний депресивний розлад (F33), 12 хворих на помірний та тяжкий депресивний епізод (F32). Усі пацієнти проходили стаціонарний курс лікування в відділенні неврозів та пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України». Використовувались такі методи дослідження: «Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R) [9], Інтегративний тест тривожності [2] та методи статистичної обробки даних (точний метод Фішера, *t*-критерій Стьюдента, кореляційний аналіз).

Аналіз клініко-психопатологічних особливостей хворих на ендogenous депресію з тривожними розладами дозволив визначити виразність основних клініко-психопатологічних симптомів (рис. 1).



Умовні позначення: SOM — соматизація; O-S — obsесивно-компульсивні симптоми; INT — міжособистісна сензитивність; DEP — депресія; ANX — тривога; HOS — ворожість; PHOB — фобічна тривожність; PAR — паранояльність; PSY — психотизм

Рис. 1. Виразність психопатологічної симптоматики у хворих з депресивними розладами ендogenous походження

Так, було встановлено, що у хворих основної групи серед провідних психопатологічних симптомів переважала тривога (1,67 бали), що проявлялось нервозністю, напруженням, а також нападами паніки, почуттям небезпеки, побоюваннями і страхом. Крім того, у хворих даної категорії поряд з тривожною симптоматикою визначалась також депресія (1,60 бали), що виражалась ознаками відсутності інтересу до життя, браком мотивації та втратою життєвої енергії, почуттям безнадійності, думками про суїцид. Також у пацієнтів з тривожними розладами ендogenous походження були виявлені й obsесивно-компульсивні симптоми (1,47 бали), що проявлялись скаргами на думки, імпульси і дії, які пацієнти переживали як безперервні, нездоланні та чужі. Показник

міжособистісної сензитивності (INT) був також значним серед патопсихологічних симптомів (1,38 бали) та відображав почуття особистої неадекватності та неповноцінності, особливо, при порівнянні себе з іншими. Самоосуд, почуття неспокою і помітний дискомфорт в процесі міжособистісної взаємодії характеризують прояви цього синдрому. Крім того, пацієнти характеризувались загостреним почуттям усвідомлення власного «Я» і негативним очікуванням щодо міжособистісної взаємодії та будь-яких комунікацій з іншими людьми.

Серед психопатологічних симптомів у пацієнтів основної групи переважала соматизація (1,39 бали), що виражалась в скаргах, фіксованих на кардіоваскулярній, гастроінтестинальній, респіраторній та інших системах, на головному болю, іншому болю та дискомфорті загальної мускулатури, а також на соматичних еквівалентах тривожності. Також визначались високі показники фобічної симптоматики (1,22 бали), що відображає наявність стійкої реакції страху на певні об'єкти — людей, місця, ситуації, яка характеризується як раціональна і неадекватна стосовно стимулу та призводить до унікальної поведінки. Менш за все були виражені прояви ворожості (0,96 бали), психотизму (0,76 бали) та паранояльності (1,00 бали). Тобто у пацієнтів цієї групи скарги на агресію, почуття гніву, ворожості, підозрливості й галюцинації були виражені менше, ніж скарги на тривогу, страхи, депресію, труднощі міжособистісної взаємодії та соматичні симптоми.

В групі порівняння серед провідних клініко-психопатологічних симптомів переважали симптоми депресії (1,72 бали), які були виражені симптомами дисфорії та афекту, такими як ознаки відсутності інтересу до життя, браку мотивації та втрати життєвої енергії, почуття безнадійності, думки про суїцид (див. рис. 1). Також високими визначилися показники obsесивно-компульсивних симптомів (1,48 бали), тривоги (1,40 бали) та міжособистісна сензитивність (1,36 бали), що проявлялось наявністю нав'язливих думок, роздратованістю, почуттям неспокою і помітним дискомфортом в процесі міжособистісної взаємодії. Найменші показники були отримані за шкалами психотизму (0,74 бали), фобічних симптомів (0,81 бали) та паранойї (1,10 бали), що відображало відсутність виражених страхів, ворожості, підозрливості, галюцинацій. Були встановлені вірогідні розбіжності між основною та групою порівняння, що полягали в переважанні тривожних ($p \leq 0,01$, $t = 2,49$), соматичних ($p \leq 0,05$, $t = 2,15$) та фобічних ($p \leq 0,01$, $t = 2,76$) симптомів у хворих з депресивними розладами з тривогою та переважанні депресивних симптомів ($p \leq 0,05$, $t = 2,07$) у хворих з ендogenous депресією без симптомів тривоги.

Для визначення рівня ситуативної та особистісної тривожності та встановлення якісних характеристик тривожного стану у хворих на ендogenous депресію використовували інтегративний тест тривожності. Так, було встановлено, що у 94,12 % пацієнтів основної групи рівень ситуативної тривожності був високим, у 5,88 % хворих визначений середній рівень ситуативної тривожності, а низький рівень не був зафіксований в жодному випадку (рис. 2а). Тобто можна сказати, що у пацієнтів з депресивними розладами ендogenous походження з наявністю в клінічній картині тривоги актуальний стан характеризувався високою тривожністю, що проявлялось напруженням, неспокоєм, заклопотаністю та нервовістю та виникав як емоційна реакція на стресову ситуацію.

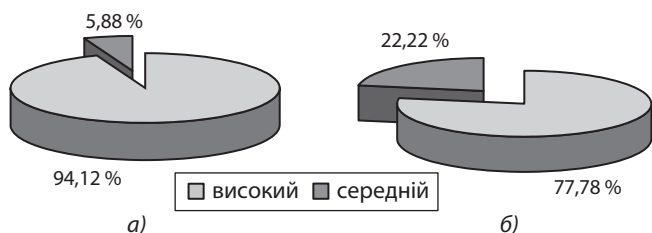


Рис. 2. Рівень ситуативної тривожності у хворих основної групи (а) та групи порівняння (б)

У 77,78 % хворих в групі порівняння рівень ситуативної тривожності був високим, у 22,22 % — середнім, а низький рівень тривожності не був зафіксований в жодному випадку (рис. 2б). Були встановлені вірогідні розбіжності за показником ситуативної тривожності: у хворих на депресивні розлади з тривожною симптоматикою переважав високим рівень тривожності ($p \leq 0,01$, ДК = -0,83, MI = 0,07), у той час коли у пацієнтів групи порівняння частіше визначався середній рівень ситуативної тривожності ($p \leq 0,01$, ДК = 5,77, MI = 0,47).

Аналіз показника особистісної тривожності продемонстрував деякі особливості хворих на депресивні розлади ендogenous походження (рис. 3а,б). Так, у 97,06 ± 5,04 % пацієнтів з депресивними розладами ендogenous генезу з наявністю в клінічній картині тривожної симптоматики був встановлений високим рівень особистісної тривожності, середній рівень був зафіксований у 2,94 % хворих, а низького рівня особистісної тривожності не зафіксовано у жодного пацієнта (див. рис. 3а). Отримані дані свідчать про те, що хворим основної групи притаманна висока особистісна тривожність, яка є стійкою індивідуальною характеристикою, що відображає схильність суб'єкта до тривоги й до сприйняття широкого кола ситуацій як загрозливих. У пацієнтів групи порівняння високим рівень особистісної тривожності був зафіксований у 77,78 % хворих, середній — у 22,22 %, а низький рівень особистісної тривожності не був визначений у жодного пацієнта (див. рис. 3б).

Треба зазначити, що частка хворих основної групи, в яких був визначений високим рівень особистісної тривожності, була більшою, ніж в групі порівняння ($p \leq 0,0001$, ДК = -0,96, MI = 0,09), у той час коли кількість хворих в групі порівняння з середнім рівнем особистісної тривожності була більшою, ніж в основній групі пацієнтів ($p \leq 0,0001$, ДК = 8,78, MI = 0,85). Отримані дані свідчать, що у хворих на ендogenous депресію з високим рівнем особистісної тривожності частіше виникає тривожна симптоматика.

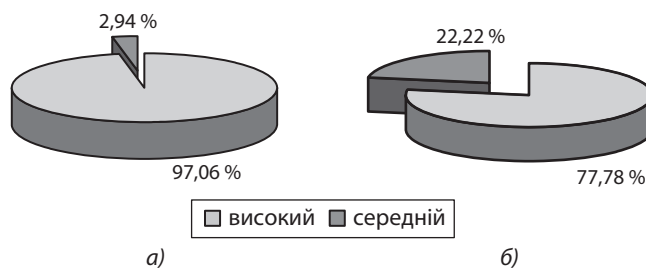
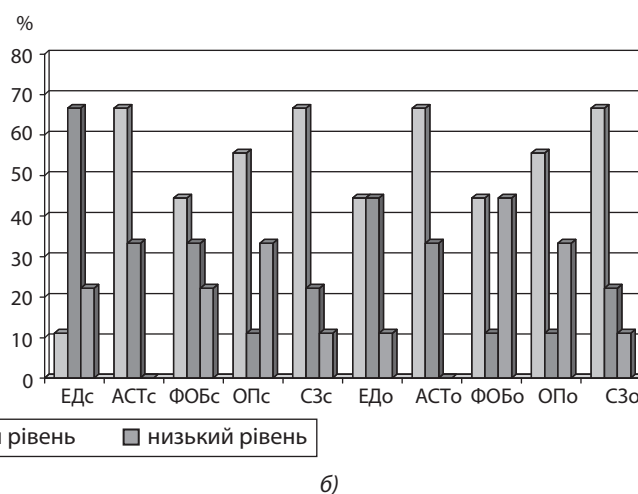
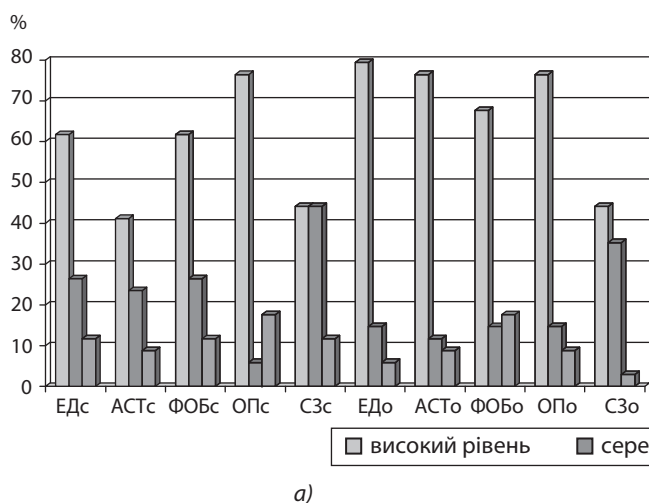


Рис. 3. Рівень особистісної тривожності у хворих основної групи (а) та групи порівняння (б)

Аналіз даних інтегративного тесту тривожності дозволив встановити також деякі аспекти переживання тривоги хворими на ендogenous депресію (рис. 4а,б). Якщо говорити про актуальний стан хворих з депресивними розладами ендogenous походження, то для хворих основної групи було характерним відчуття сильного емоційного дискомфорту та наявність фобічної симптоматики (61,76 ± 11,57) %, занепокоєність майбутнім (76,47 ± 11,24) %, та тенденція обмежувати свої соціальні контакти (44,12 ± 9,99) %, наявність астенії й пасивності (41,18 ± 9,57) %. Актуальний стан хворих з депресивними розладами без симптомів тривоги характеризувався наявністю високих показників астенії й соціальної реакції захисту (66,67 ± 4,81) % та песимістичного погляду на майбутнє (55,56 ± 4,63) % (див. рис. 4а).



Умовні позначення: ЕДс — Ситуативний емоційний дискомфорт; АСТс — Ситуативний астеничний компонент тривоги; ФОБс — Ситуативний фобічний компонент тривоги; ОПс — Ситуативна тривожна оцінка перспективи; СЗс — Ситуативна соціальна реакція захисту; ЕДо — Особистісний емоційний дискомфорт; АСТо — Особистісний астеничний компонент тривоги; ФОБо — Особистісний фобічний компонент тривоги; ОПо — Особистісна тривожна оцінка перспективи; СЗо — Особистісна соціальна реакція захисту

Рис. 4. Рівень тривожності у хворих основної групи (а) та групи порівняння (б)

Серед компонентів ситуативної тривожності були встановлені вірогідні розбіжності між двома групами пацієнтів. Так, ситуаційно обумовлений емоційний дискомфорт високого рівня був характерний для хворих основної групи ($p \leq 0,0001$, ДК = -7,5, MI = 1,89), у той час коли середній рівень емоційного дискомфорту переважав у хворих групи порівняння ($p \leq 0,0001$, ДК = 4,01, MI = 0,81). Тобто можна сказати, що наявність високого рівня емоційного дискомфорту, обумовленого ситуацією, у хворих на депресивні розлади ендogenous походження пов'язана з наявністю в клінічній картині тривожних станів, а середнього рівня такого емоційного дискомфорту — з депресивними розладами без симптомів тривоги.

Також було встановлено, що симптоми астенії, як реакція на ситуацію, переважали у хворих на депресивні розлади ендogenous походження без тривожних симптомів ($p \leq 0,005$, ДК = 2,09, MI = 0,27), а переживання за майбутні ситуації було більш вираженим у хворих з тривожною симптоматикою ($p \leq 0,025$, ДК = -1,39, MI = 0,15). Інтерес становили дані, отримані за шкалою соціальна реакція захисту: у хворих групи порівняння був встановлений високий рівень ($p \leq 0,01$, ДК = 1,79, MI = 0,20), а в основній групі — визначався середній рівень ($p \leq 0,01$, ДК = -2,98, MI = 0,33). Отримані дані переконують, що для хворих на ендogenous депресію без наявності в клінічній картині симптомів тривоги було характерним уникнення соціальних контактів, обмеження кола спілкування, невпевненість у своїх силах, у той час коли для хворих з наявністю тривоги була притаманна соціальна тривожність без вираженої схильності до уникнення спілкування.

Серед особистісних характеристик пацієнтів з депресивними розладами ендogenous походження високий емоційний дискомфорт спостерігався у 79,41 % пацієнтів основної групи, середній рівень — у 14,71 % хворих та низький рівень емоційного дискомфорту був встановлений у 5,88 % пацієнтів. Тобто можна сказати, що у більшості пацієнтів основної групи відзначався понижений настрій, напруженість, агітація й незадоволеність. У хворих групи порівняння емоційний дискомфорт високого рівня був притаманний 44,44 % пацієнтів, у 44,44 % визначався середній рівень емоційного дискомфорту та у 11,11 % хворих був встановлений низький рівень емоційного дискомфорту. При цьому були встановлені вірогідні розбіжності, що полягали в переважанні високого рівня емоційного дискомфорту в основній групі пацієнтів ($p \leq 0,0001$, ДК = -2,52, MI = 0,44) та середнього рівня — в групі порівняння ($p \leq 0,0001$, ДК = 4,80, MI = 0,71). Тобто переживання сильного емоційного дискомфорту пов'язано з тривожною симптоматикою при депресивних розладах ендogenous походження.

Схожі результати були отримані й за показником фобічного компонента тривоги. Так, високий рівень схильності сприймати ситуації як загрозливі та страшні був встановлений у 67,65 % пацієнтів основної групи, середній рівень — у 14,71 % хворих та у 17,65 % визначався низький рівень фобічного компонента тривоги. Серед хворих групи порівняння показники високого та низького рівня фобічного компонента тривоги були однаковими та визначались у 44,44 % хворих, а середній рівень був встановлений у 11,11 % пацієнтів. При цьому було визначено, що високий рівень фобічного компонента тривоги переважав у хворих основної групи ($p \leq 0,01$,

ДК = -1,82, MI = 0,21), а низький — в групі порівняння ($p \leq 0,0001$, ДК = 4,01, MI = 0,54). Отримані дані свідчать, що у хворих з тривожними розладами ендogenous походження переважали хронічні страхи, різноманітні побоювання та невпевненість у собі.

Було встановлено, що у хворих на депресивні розлади ендogenous генезу без наявності в клінічній картині тривожних станів переважав середній рівень астенії ($p \leq 0,001$, ДК = 4,52, MI = 0,40) та високий рівень соціальної реакції захисту ($p \leq 0,01$, ДК = 1,79, MI = 0,20), що проявлялось в наявності втоми, млявості, пасивності, стомлюваності та вираженої схильності обмежувати свої соціальні контакти (див. рис. 46).

Для більшості хворих на ендogenous депресію з тривожними станами була також характерна тривожна оцінка перспективи ($76,47 \pm 11,24$ %), що проявлялось у переживаннях та занепокоєності майбутнім. У 14,71 % пацієнтів основної групи заклопотаність щодо майбутнього була середньою, а 8,82 % хворих не переймалися майбутніми подіями, виявляючи байдуже ставлення до своєї долі взагалі. В групі порівняння також більшість пацієнтів були занепокоєні майбутнім ($55,56 \pm 4,63$ %), у 11,11 % хворих визначався середній рівень тривожної оцінки перспективи та значна частка пацієнтів ($33,33 \pm 3,42$ %) взагалі не тривожилися за майбутнє. При цьому було встановлено, що за показником оцінки перспективи високий рівень переважав у хворих основної групи ($p \leq 0,05$, ДК = -1,39, MI = 0,15), а низький рівень — у пацієнтів групи порівняння ($p \leq 0,0001$, ДК = 5,77, MI = 0,71).

Детальний кореляційний аналіз усіх компонентів тривоги дозволив визначити деякі взаємозв'язки з різними клінічними та патопсихологічними показниками хворих. Так, *соматичний компонент тривоги* виявляв позитивні кореляції з високою ситуативною та особистісною тривожністю ($r = 0,615$ та $r = 0,639$ відповідно), з такими симптомами як втома, млявість, пасивність, стомлюваність ($r = 0,657$), зі скаргами, фіксованими на кардіоваскулярній, гастроінтестинальній, респіраторній та інших системах ($r = 0,778$), з наявністю фобічної симптоматики ($r = 0,538$), емоційного дискомфорту ($r = 0,517$) та песимізмом в сприйнятті майбутнього ($r = 0,564$). Тобто можна сказати, що відчуття страхів, наявність астеничної симптоматики, песимізму та скарг соматичного характеру підвищувала соматичний компонент тривоги. *Афективний компонент тривоги* був прямо пропорційний ситуативній та особистісній тривожності ($r = 0,634$ та $r = 0,658$ відповідно), емоційному дискомфорту ($r = 0,578$), фобічним та астеничним симптомам ($r = 0,617$ та $r = 0,556$ відповідно) та тенденції обмежувати коло свого спілкування ($r = 0,409$). Тобто отримані дані свідчать, що емоційний компонент тривоги хворих був пов'язаний як з особистісними рисами пацієнтів, так і з ситуаційними реакціями, та відображав готовність хворих до сприйняття багатьох ситуацій як загрозливих, що супроводжувалося, у свою чергу, негативними емоціями (почуттям страху, пониженим настроєм, напруженістю, агітацією, незадоволеністю), зниженням мотивації (пасивністю, млявістю, стомлюваністю) та сприяло появі унікаючого стилю поведінки. Аналіз кореляцій *ситуативної тривожності* з виразністю психопатологічної симптоматики виявив, що ознаки відсутності інтересу до життя, брак мотивації та втрата життєвої енергії, почуття безнадійності, думки про суїцид,

нервозність, напруження і тремтіння, а також напади паніки були пов'язані з високим рівнем ситуативної тривожності ($r = 0,441$), емоційним дискомфортом ($r = 0,419$) та тривожною оцінкою перспективи ($r = 0,446$), яка у свою чергу, залежала від наявності фобічної симптоматики ($r = 0,56$) та соціальної реакції захисту ($r = 0,40$). Тобто наявність фобій, побоювань та уникання соціальних контактів сприяло підвищенню занепокоєності майбутнім у пацієнтів з тривожними розладами ендogenous походження. Проведений факторний аналіз у хворих з депресивними розладами ендogenous походження з наявністю в клінічній картині тривоги дозволив виокремити єдиний фактор — «особистісна тривожність», з якою були поєднані такі характеристики як міжособистісна сензитивність ($r = 0,892$), депресія ($r = 0,874$), фобічний компонент тривоги ($r = 0,866$), тривожна оцінка перспективи ($r = 0,852$), obsesивно-компульсивні симптоми ($r = 0,838$) та емоційний дискомфорт ($r = 0,827$). Отримані дані свідчать, що для хворих з високим рівнем особистісної тривожності властиво відчуття небезпеки, дискомфорт в процесі міжособистісної взаємодії, пригніченість настрою, нав'язливі думки, невпевненість в собі та песимістичне сприйняття майбутнього.

Отже для пацієнтів з депресивними розладами ендogenous походження з наявністю в клінічній картині тривожних проявів притаманні висока особистісна та ситуативна тривожність, що проявлялись в усіх сферах соціального функціонування: зниження загальної мотивації, поява та збереження різноманітних страхів та побоювань. Для хворих на депресивні розлади ендogenous походження без наявності тривоги був притаманним середній рівень ситуативної та особистісної тривожності, наявність астенії, пасивності, зниження мотивації, ситуаційна занепокоєність майбутнім та уникання соціальних зв'язків.

Таким чином, проведене дослідження хворих на ендogenous депресивні розлади з тривожною симптоматикою дозволило встановити, що загальна тривога у цих пацієнтів має багатоконпонентну та неоднорідну структуру, що включає афективний, фобічний та соматичний компоненти тривоги, тривожну оцінку перспективи та соціальну реакцію захисту. Отримані результати дослідження можна використовувати під час проведення психодіагностичних та психокорекційних заходів.

Список літератури

1. Балукова, Е. В. Тревожные расстройства у больных терапевтического профиля / Е. В. Балукова, Ю. П. Успенский, Е. И. Ткаченко // Терапевт. арх. — 2007. — № 6. — С. 85—88.
2. Бизюк, А. П. Применение интегративного теста : методические рекомендации / А. П. Бизюк, Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев. — СПб.: Изд-во Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 2005. — 23 с.
3. Колюцкая, Е. В. Тревожные расстройства: диагностика и терапия / Е. В. Колюцкая // Здоровье Украины. — 2006. — № 3. — С. 17.
4. Диагностика и терапия расстройств аффективного спектра в первичной медицинской сети: возможности и ограничения /

[В. Н. Краснов, Т. В. Довженко, Ю. Л. Ривкина и др.] // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты : материалы Российской конференции. — 2004. — С. 66—68.

5. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов // Практическая медицина. — 2011. — 431 с.
6. Краснов, В. Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии / В. Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — С. 33—38.
7. Нуллер, Ю. Л. Тревога и ее терапия / Ю. Л. Нуллер // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — Т. 4 (2). — С. 35—37.
8. Отчет ВОЗ: Психическое здоровье: усиление борьбы с психическими расстройствами : информационный бюллетень. — № 220. — Сентябрь, 2010 г.
9. Практикум по психотравматическому стрессу / под ред. Н. В. Тарабриной. — СПб.: Питер, 2001. — С. 29—32.
10. Психическое здоровье: Новое понимание, новая надежда : доклад о состоянии здравоохранения в мире. — ВОЗ, 2001.
11. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 423 с.
12. Смулевич, А. Б. Лечение резистентных затяжных эндogenous депрессий / А. Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — № 4. — С. 128—132.
13. Gorwood, P. Generalized anxiety disorder and major depressive disorder comorbidity: An example of genetic pleiotropy? / P. Gorwood // European Psychiatry. — 2004. — Vol. 19 (1). — P. 27—33.
14. Hirschfeld, R. M. A. The comorbidity of major depression and anxiety disorders recognition and management primary care / R. M. A. Hirschfeld // J. Clin. Psychiat. — 2001. — Vol. 3 (6). — P. 244—245.

Надійшла до редакції 24.12.2014 р.

ПАНЬКО Тамара Василівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків; e-mail: mscience@ukr.net

КАЛЕНСЬКА Галина Юрївна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: kalenskaya_galina@mail.ru

ФЕДЧЕНКО Вікторія Юрївна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: mscience@ukr.net

ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: mdenisenko@ukr.net

PANKO Tamara, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" (INPN of the NAMS of Ukraine) SI, Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net

KALENSKA Galyna, PhD in Psychological Sciences, Senior Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: kalenskaya_galina@mail.ru

FEDCHENKO Viktoriya, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net

DENYSENKO Mykhailo, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Urgent Psychiatry and Narcology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: mdenisenko@ukr.net