

УДК 616.89-008:616.85-039-08

Т. В. Панько, В. Ю. Федченко, Г. Ю. Каленська, М. М. Денисенко
**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ
 ОРГАНІЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ З СИМПТОМАМИ ТРИВОГИ**

Т. В. Панько, В. Ю. Федченко, Г. Ю. Каленская, М. М. Денисенко
**Клинико-психопатологические особенности и принципы лечения
 органических психических расстройств с симптомами тревоги**

T. V. Panko, V. Yu. Fedchenko, H. Yu. Kalenska, M. M. Denysenko
**Clinical and psychopathological aspects and principles of treatment
 of organic mental disorders with symptoms of anxiety**

Стаття присвячена дослідженню клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей тривоги в структурі органічних тривожних та депресивних розладів.

Методи дослідження — клініко-психопатологічний (аналіз скарг, анамнез хвороби, анамнез життя, аналіз психотравмуючих чинників, оцінення психічного стану хворих, наявність супутньої соматичної, кардіологічної, неврологічної та іншої патології), доповнений методикою «Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики» (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R) та шкалою самооцінки тривожності Цунга, методи математичної обробки отриманих даних.

На підставі отриманих даних встановлено, що клінічна картина органічних психічних розладів з симптомами тривоги має складний поліморфний характер та специфічну синдромальну структуру. Визначені механізми формування тривоги в структурі органічних психічних розладів — при органічних психічних розладах тривога формується як ситуативно обумовлена реакція особистості на органічне (соматичне) захворювання та його наслідки, включаючи зниження працездатності. На підставі вивчення механізмів формування тривоги в структурі психічних розладів органічного походження та її клінічних проявів виділені мішені терапії тривоги: соматичний та астеничний компоненти тривоги; особистісно та ситуативно обумовлена соціальна реакція захисту. Встановлені особливості клінічних проявів тривоги, механізмів її формування та специфіку мішеней при органічних тривожних та депресивних розладах треба враховувати під час терапії цих розладів.

Ключові слова: тривога, органічні психічні розлади, клініко-психопатологічні особливості

Статья посвящена исследованию клинико-психопатологических и патопсихологических особенностей тревоги в структуре органических тревожных и депрессивных расстройств.

Методы исследования — клинико-психопатологический (анализ жалоб, анамнез болезни, анамнез жизни, анализ психотравмирующих факторов, оценка психического состояния больных, наличие сопутствующей соматической, кардиологической, неврологической и другой патологии), дополненный методикой «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R) и шкалой самооценки тревожности Цунга, методы математической обработки полученных данных.

На основании полученных данных установлено, что клиническая картина органических психических расстройств с симптомами тревоги имеет сложный полиморфный характер и специфическую синдромальную структуру. Определены механизмы формирования тревоги в структуре органических психических расстройств — при данных расстройствах тревога формируется как ситуативно обусловленная реакция личности на органическое (соматическое) заболевание и его последствия, включая снижение работоспособности. На основании изучения механизмов формирования тревоги в структуре психических расстройств органического происхождения и клинических проявлений выделены мишени терапии тревоги: соматический и астенический компоненты тревоги; личностно и ситуационно обусловленная социальная реакция защиты. Установленные особенности клинических проявлений тревоги, механизмов ее формирования и специфику мишеней при органических тревожных и депрессивных расстройствах следует учитывать при терапии этих расстройств.

Ключевые слова: тревога, органические психические расстройства, клинико-психопатологические особенности

The article deals with the study of clinical-psychopathological and psychopathological aspects of anxiety in the structure of organic anxiety and depressive disorders.

Research methods are clinical and psychopathological (analysis of complaints, medical history, patient's life history, analysis of stressful factors, the assessment of patient's mental state, presence of comorbid somatic, cardiac, neurological and other pathologies), supplemented by the technique of Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R) and Zung Self-Rating Anxiety Scale, and by the methods of mathematical data processing.

Based on the obtained data it has been established that the clinical picture of organic mental disorders with anxiety symptoms has a complex polymorphous character and a specific syndromal structure. There were defined the mechanisms of anxiety formation in the structure of organic mental disorders — in organic mental disorders the anxiety is forming as a situational-individual reaction due to organic (somatic) disease and its consequences, including work decrement. Based on the study of mechanisms of anxiety formation in the structure of mental disorders of organic origin and clinical manifestations of anxiety there were allocated the targets for anxiety therapy: somatic and asthenic components of anxiety; personal and situation-based response of social protection. The established peculiarities of clinical manifestations of anxiety, the mechanisms of its formation and particular characteristics of targets in organic anxiety and depressive disorders should be considered in the treatment of these disorders.

Keywords: anxiety, organic mental disorders, clinical and psychopathological aspects

На сучасному етапі життя велика увага приділяється здоров'ю людини в цілому і психічному здоров'ю зокрема. Найбільш поширеними формами психічної патології є тривожні, депресивні та соматоформні розлади, що призводять до психосоціальної дезадаптації хворих та є великим тягарем для суспільства як з медичної, так і економічної та соціальної точки зору [1—3].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, тривожні розлади (ТР) належать до перших десяти найбільш значущих проблем всесвітньої охорони здоров'я [1]. Так, згідно з результатами досліджень, що проводилися в 27 європейських країнах, у 12—27 % представників популяції віком від 18 до 65 років протягом тільки одного (останнього перед дослідженням) року мав місце хоча б один епізод тривожного розладу [4]. Поширеність тривожних розладів в цілому становить близько 21—30 % серед усього населення [5, 6]. Окремі симптоми тривоги або субсиндромальні тривожні прояви реєструються у 76 % населення [7].

Тривога і страх в сучасному суспільстві є найбільш важкими негативними емоціями, що переживає кожна людина та які супроводжують перебіг великої кількості захворювань. Тривозі властивий високий ступінь поширеності серед різних груп і популяцій людей в усьому світі. Показники частоти тривожних розладів у населення коливаються, за одними даними — від 0,6 до 2,7 %, за іншими — до 10,4 % [8—10]. Встановлено, що в структурі як психічної, так і соматичної, неврологічної, онкологічної, хірургічної та інших патологій тривожні симптоми мають високий рівень розповсюженості. Актуальність проблеми тривожних розладів визначається їх клінічною гетерогенністю, тенденцією до затяжного перебігу і формуванням коморбідних співвідношень з депресивною та соматоформною симптоматикою. Найбільша питома вага припадає на легкі тривожні розлади у вигляді ситуативно обумовлених особистісних реакцій, нозогеній (психогенії, що пов'язані з важким соматичним, неврологічним або іншим захворюванням і методами їх терапії) і генералізовану тривогу [11, 12].

Ризик розвитку протягом життя тривожного розладу, за результатами досліджень на американській популяції, становить 24,5 %, а за даними широкомасштабного Європейського дослідження (ESEMeD) — 16 % [13].

Симптоми патологічної тривоги виявляються у 30—40 % хворих, які звертаються до лікарів загальної практики. Оцінювання емоційного стану у хворих амбулаторної ланки показало, що серед 1000 опитаних

ознаки тривоги були виявлені у 18 % [14—18]. За даними дослідження, проведеного під егідою ВООЗ в 18 країнах, встановлено, що найчастіше в загальномедичній практиці спостерігаються різного роду тривожні розлади (у 10,5 % хворих) [19].

Саме тому діагностика та терапія тривожних розладів є актуальною проблемою сьогодення.

Метою дослідження було вивчення клініко-психопатологічних та патофизиологічних особливостей тривоги в структурі органічних тривожних та депресивних розладів.

Для реалізації мети та завдань в рамках дослідження були використані клініко-психопатологічні, патофизиологічні, психометричні методи та методи математичної обробки отриманих даних. Серед клінічних методів дослідження використовували клініко-психопатологічний метод, який включав аналіз скарг, анамнез хвороби, анамнез життя, аналіз психотравмуючих чинників, оцінку психічного стану хворих, наявність супутньої соматичної, кардіологічної, неврологічної та іншої патології. Клініко-психопатологічний метод був доповнений методикою «Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R) [20]. Також було використано інтегративний тест тривожності та шкала самооцінки тривожності Цунга [21].

З метою оцінки клініко-психопатологічних та патофизиологічних особливостей тривоги при органічних психічних розладах було обстежено 22 хворих на органічний тривожний розлад (F 06.4) та 15 хворих на органічний депресивний розлад (F 06.3), які проходили стаціонарний курс лікування в відділенні неврозів та пограничних станів ДУ ІНПН НАМН України.

Аналіз хворих на органічний тривожний та депресивний розлад свідчить, що в обох групах обстежених переважали жінки (68,18 % та 60,00 % відповідно), чоловіків було менше (31,82 % та 40,00 % відповідно). Середній вік хворих на органічний тривожний розлад (ОТР) становив 54,72 роки, тривалість розладу становила 60,14 місяців, кількість звернень по допомогу — 13,31. Середній вік хворих на органічний депресивний розлад (ОДР) становив 61,25 роки, тривалість розладу становила 84,25 місяці, кількість звернень по допомогу — 11,73 рази. Тобто, усі обстежені хворі мали розлади протягом тривалого часу, що свідчить про хронізацію захворювання та велику кількість звернень по допомогу.

В усіх обстежених хворих було проведено аналіз наявної органічної патології (табл. 1).

Таблиця 1. Наявна органічна патологія в обстежених хворих на психічні органічні розлади (% \pm *m* %)

Показник, який оцінюється (характер початку розладу)	Хворі на органічний тривожний розлад (n = 22)	Хворі на органічний депресивний розлад (n = 15)
Гіпертонічна хвороба II—III ст.	54,55 \pm 10,87	60,00 \pm 13,09
Дисциркуляторна енцефалопатія змішаного ґенезу (судинного, метаболічного)	36,36 \pm 10,50	40,00 \pm 13,09
Дисциркуляторна енцефалопатія атеросклеротичного ґенезу	31,82 \pm 10,16	40,00 \pm 13,09
Ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний кардіосклероз	27,27 \pm 9,72	21,21 \pm 7,23
Хронічний гастрит	31,82 \pm 10,16	26,67 \pm 11,82
Хронічний гепатохолецистит	40,91 \pm 10,73	46,66 \pm 13,33
Віддалені наслідки закритої черепно-мозкової травми	13,64 \pm 7,49	20,00 \pm 10,69
Бронхіальна астма	9,09 \pm 6,27	13,33 \pm 9,09
Хронічний бронхіт	18,18 \pm 8,42	26,67 \pm 11,82
Онкологічні захворювання	4,55 \pm 4,55	13,39 \pm 9,09

Проведене оцінювання органічної патології свідчить про наявність різноманітних органічних розладів у обстежених хворих, які мали сполучений характер. Найчастіше в усіх обстежених хворих спостерігалась гіпертонічна хвороба II—III ст. Так, гіпертонічна хвороба у хворих на ОТР спостерігалась у 54,55 % пацієнтів, у хворих на ОДР — у 60,00 %. Дисциркуляторна енцефалопатія змішаного генезу (судинного, метаболічного) у хворих на ОТР та ОДР мала місце відповідно у 36,36 % та 40,00 % пацієнтів; дисциркуляторна енцефалопатія атеросклеротичного генезу спостерігалась відповідно у 31,82 % та 40,00 % пацієнтів. Ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний кардіосклероз були у 27,27 % хворих на ОТР та у 21,21 % хворих на ОДР. Хронічні розлади з боку шлунково-кишкового тракту у вигляді хронічного гастриту та хронічного холециститу були виявлені у хворих на ОТР відповідно у 31,82 % та у 40,91 % пацієнтів, при ОДР відповідно у та у 26,67 % та 46,66 % пацієнтів. Віддаленні наслідки закритої черепно-мозкової травми у хворих на ОТР спо-

стерігалися у 13,64 % хворих, при ОДР — у 20,00 % хворих. Бронхіальна астма спостерігалась при ОТР у 9,09 % хворих, при ОДР — у 13,33 % хворих. Хронічний бронхіт мав місце при ОТР у 18,18 % хворих, при ОДР — у 26,67 % хворих. Онкологічні розлади спостерігались при ОТР у 4,55 % хворих, при ОДР — у 13,39 % хворих. Достовірної різниці в наявності тих чи інших органічних розладів у групах обстежених виявлено не було. Звертає на себе увагу той факт, що органічна патологія в обстежених хворих мала сполучений характер.

Оцінювання супутньої патології у обстежених хворих на момент госпіталізації свідчило про відсутність їх загострення або нестабільності. Пацієнти приймали стабільну фармакотерапію відповідно до органічної патології, що мала у них місце, протягом останніх 3 місяців.

В усіх обстежених було проведено вивчення чинників психічної травматизації (ЧПТ) з метою аналізу впливу цих чинників на стан здоров'я та виключення психогенного розвитку захворювання.

Таблиця 2. Чинники психічної травматизації у хворих на ОТР та ОДР (% ± m %)

Чинник психічної травматизації (ЧПТ)	Хворі на органічний тривожний розлад (n = 22)	Хворі на органічний депресивний розлад (n = 15)
Власна хвороба	54,55 ± 10,87	60,00 ± 13,09
Смерть близького члена родини	27,27 ± 9,72	26,67 ± 11,82
Хвороба близьких	18,18 ± 8,42	40,00 ± 13,09
Пристрасть до алкоголю члена родини	4,55 ± 4,55	6,67 ± 6,67
Конфлікти в сім'ї	4,55 ± 4,55	13,33 ± 9,09
Відсутність емоційної підтримки	—	33,33 ± 12,60
Погіршення/незадоволеність матеріально-побутовим становищем	31,82 ± 10,16	46,66 ± 13,33
Емоційно-стресові потрясіння: дорожньо-транспортна пригода (ДТП)	—	20,00 ± 10,69
Переживання самотності	22,73 ± 9,14	26,67 ± 11,82
Звільнення/втрата роботи	18,18 ± 8,42	13,33 ± 9,09

Аналіз ЧПТ, що мали місце в обстежених хворих, продемонстрував у них наявність різноманітних травматичних чинників. Найчастішими були ЧПТ, пов'язані зі сферою власного здоров'я (54,55 % та 60,00 % відповідно), погіршенням/незадоволеністю матеріально-побутовим становищем (31,81 % та 46,66 %), смертю близького члена родини (27,27 % та 26,67 %), переживання самотності (22,72 % та 26,67 %). Достовірна різниця спостерігалась при ОДР в порівнянні з ОТР за чинником хвороби близьких (40,00 % та 18,18 % відповідно) та за чинником емоційних потрясінь внаслідок ДТП (20,00 % та 0,00 %). Під час аналізу ЧПТ було встановлено, що в усіх хворих мали місце поєднані психотравмуючі чинники (хвороба та смерть близьких, звільнення або втрата роботи та погіршення/незадоволеність матеріально-побутовим становищем; власна хвороба та відсутність емоційної підтримки), але початок розладу не пов'язаний безпосередньо з дією тих чи інших психотравмуючих чинників, хоча вони приводили до погіршення стану під час їх дії.

Загальна клінічна картина органічного тривожного розладу характеризувалась наявністю виражених симптомів тривоги в усіх 100,00 % хворих, внутрішнього неспокою (81,82 %), нав'язливих тривожних роздумів (86,36 %), неусвідомленого відчуття занепокоєння (54,55 % хворих), постійних тривожних думок та різноманітних побоювань щодо свого соматичного стану (45,45 %), підвищеної

фіксації уваги на особливостях свого стану (36,36 %), проявів невпевненості у собі та своєму майбутньому (40,91 %), погіршення планування та виконання своїх дій, постійного відчуття невпевненості в собі та своїх рішеннях (45,45 %). Крім того, у цих хворих спостерігались різноманітні сенестопатії (68,18 %), різноманітні больові відчуття, що не пояснювались органічною патологією (45,45 %), відчуття напруження у м'язах тіла (36,36 %), відчуття печіння (40,91 %). У деяких випадках хворі відмічали нав'язливість своїх переживань та страхів, від яких вони не могли відволікти свою увагу та які повертались до них знов і знов та ставали все більш нав'язливими (27,27 %), призводили до постійної потреби звертатись по допомогу. У 40,91 % хворих мала місце тенденція переоцінювати свої симптоми, важкість свого стану, їхній настрій залежав від самопочуття. Загальна оцінка клінічної картини у хворих на ОТР свідчить, що мало місце поєднання тривожного симптомокомплексу з сенестопатичним (59,46 %) астенічним (40,54 %), та іпохондричним (40,54 %).

У клінічній картині ОДР переважали симптоми зниженого настрою в усіх 100,00 % хворих. На тлі зниженого настрою спостерігались симптоми ангедонії, сльозливості, помірної ідеомоторної та моторної загальмованості, зниження енергійності, втрата колишньої активності, млявість, втома, виснажливості, а також зниження продуктивності при розумовій та фізичній праці, складність

у засвоєнні інформації, неувважність. Крім того, у хворих на ОДР визначалась невпевненість у собі, своїх можливостях, песимістична оцінка майбутнього, наявність ідей вини перед близькими. Прояви тривоги спостерігались у більшості хворих (93,33 %). Тривога проявлялась у вигляді різних соматичних симптомів (больові відчуття у лівій половині грудної клітки, важкість дихання, порушення роботи діяльності серця, різноманітні відчуття з боку шлунково-кишкового тракту, біль в ногах, що мала суб'єктивний характер). У хворих цієї групи мали місце фобічні симптоми різного семантичного змісту — страх за свій стан, страх інсульту або інфаркту, страх не повернутись до попереднього стану здоров'я, страх, що є якесь невстановлене захворювання (40,00 %). Також спостерігалася підвищена сонливість вдень, не пов'язана з дефіцитом нічного сну. При цьому хворі могли отримувати задоволення від спілкування з близькими, відволікатися на значущі для них теми. У цих хворих мали місце скарги соматичного характеру, що були пов'язані з органічною патологією: головний біль та важкість в голові (33,33 %), перманентні порушення з боку серця і серцево-судинної системи (53,33 %), переважно у вигляді дистонічних (46,67 %) та больових проявів (33,33 %); порушення діяльності шлунково-кишкового тракту (26,67 %) у вигляді дискомфорту в ділянці шлунку (13,33 %), зниження апетиту (40,00 %), зниження маси тіла (20,00 %). У 93,33 % хворих мала місце помірна тривоги, зниження бажань, зниження або втрата відчуття задоволеності, відчуття невпевненості у майбутньому (33,33 %), відчуття відсутності перспективи, погіршення процесів мислення, відчуття загальмованості (53,33 %) Загальна оцінка клінічної картини у хворих на ОДР свідчить, що мало місце поєднання депресивного симптомокомплексу з тривожним (93,33 %), астенічним (40,00 %) та іпохондричним (40,00 %) симптомокомплексами.

Виходячи з мети дослідження та особливостей клінічних проявів, було проведено аналіз безпосередньо тривоги в структурі ОТР та ОДР (рис. 1—6).

Клінічні прояви тривоги у хворих на органічний тривожний та депресивний розлади характеризувались сполученням емоційних, вегетативно-соматичних, сенсорних, рухових, когнітивних та поведінкових порушень.

Емоційні прояви тривоги у хворих на ОТР характеризуються наявністю загального відчуття тривоги у 100,00 % хворих, відчуття внутрішнього дискомфорту — у 90,91 %, хвилювання — у 86,36 %, нав'язливих тривожних обмірковувань минулих подій — у 81,82 %, тривожного очікування та побоювання — у 77,27 %, напруження — у 68,18 %, постійних тривожних думок щодо якоїсь конкретної події — у 59,09 %, ситуативної тривоги — у 59,09 %, тривожної екзальтації — у 54,55 %. Клінічна картина емоційного компонента тривоги у хворих на ОДР характеризувалась нав'язливими тривожними обмірковуваннями минулих подій у 80,00 % хворих, загальним відчуттям тривоги — у 73,33 %, хвилюванням — у 73,33 %, відчуттям внутрішнього дискомфорту — у 60,00 %, постійними тривожними думками щодо якоїсь конкретної події — у 60,00 %, тривожними очікуваннями та побоюваннями — у 53,33 %, напруженням — у 46,66 %, ситуативною тривоگوю — у 33,33 %, тривожною екзальтацією — у 26,67 % хворих (рис. 1).

Вегетативна складова тривоги у хворих на ОТР та ОДР складалась з вегетативного дисбалансу (у 63,64 % та 40,00 % відповідно), пароксизмальних вегетосудинних порушень (у 86,36 % та 60,00 %) перманентних симпатикотонічних станів (40,91 % та 46,66 % хворих), змішаних вегетосудинних порушень (відповідно 40,00 % та 26,67 %) (рис. 2).

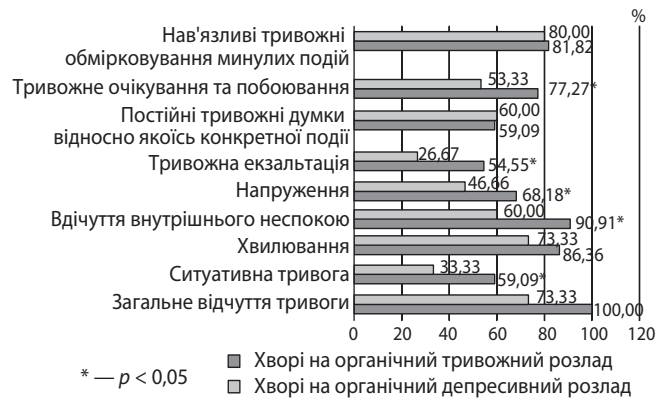


Рис. 1. Емоційні прояви тривоги при органічному тривожному та депресивному розладах

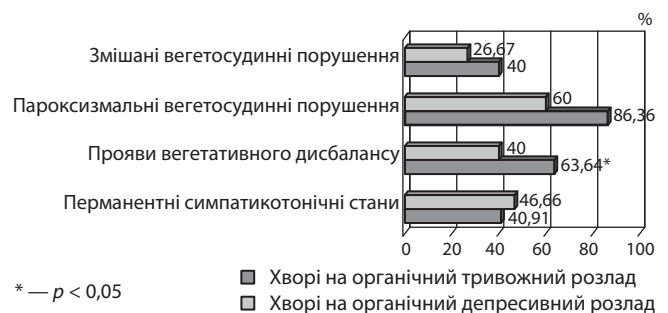


Рис. 2. Вегетативно-соматичні прояви тривоги при органічному тривожному та депресивному розладах

Сенсорні прояви тривоги в обстежених хворих на ОТР спостерігались у вигляді сенестопатій у 63,64 % хворих, вибіркості сприйняття — у 26,67 %, психалгії — у 9,09 % та психовестибюлярних порушень — у 13,64 %; у хворих на ОДР — у вигляді сенестопатій у 66,67 % хворих, гіпестезій (тактильних та смакових) у 60,00 %, психовестибюлярних порушень — у 13,33 %, вибіркості сприйняття — у 20,00 % хворих (рис. 3).

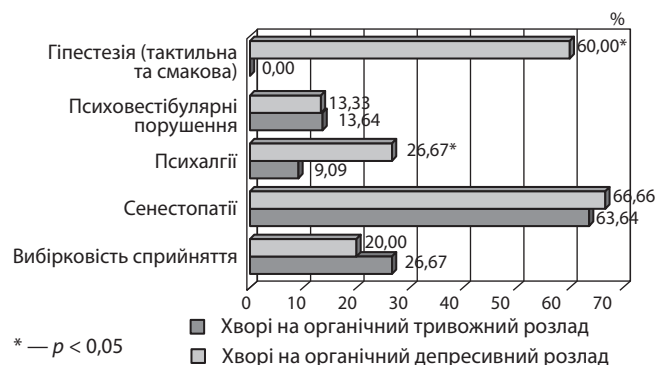


Рис. 3. Сенсорні прояви тривоги при органічному тривожному та депресивному розладах

Рухова складова у хворих на ОТР проявлялась неможливістю розслабитись у 86,36 %, загальним тривожним збудженням у 86,36 %, дискомфортом у жестах — у 86,36 % хворих, непосидючістю — у 77,27 %, дискомфортом у міміці — у 63,64 %, потребою постійно рухатись для зниження тривоги — у 63,64 %, зміною темпу мови — у 40,91 %, постійним посмикуванням ногами — у 22,73 %:

при ОДР — у вигляді загального тривожного збудження у 80,00 %, зміни темпу мови — у 60,00 % хворих, потреби постійно рухатись для зниження тривоги — у 60,00 %, неможливості розслабитись — у 46,66 %, неспокою у міміці — у 33,33 %, неспокою у жестах — у 20,00 %, непосидючості — у 20,00 %, постійного посмикування ногами — у 20,00 % (рис. 4).



Рис. 4. Рухові прояви тривоги при органічному тривожному та депресивному розладах

Як видно з рисунку 5, когнітивні прояви тривоги проявлялись у хворих на ОТР у вигляді порушення виконавчих функцій (81,82 %), надцінного малоструктурованого іпохондричного мислення у 59,09 %, порушень уваги — у 45,45 %, прискорення або нерівномірності темпу мислення — у 36,36 %, ідей малоцінності — у 45,45 %, порушень пам'яті — у 27,27 % хворих.

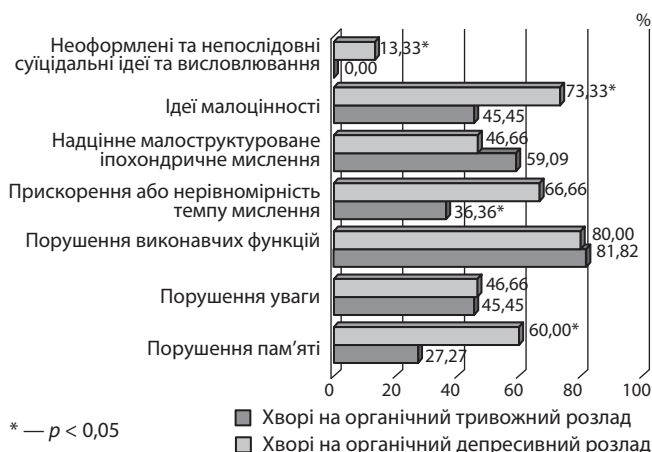


Рис. 5. Когнітивні прояви тривоги при органічному тривожному та депресивному розладах

Аналогічні симптоми мали місце й у хворих на ОДР — порушення виконавчих функцій спостерігалось у 80,00 % хворих, порушення пам'яті — у 60,00 %, ідей малоцінності — у 73,33 %, надцінного малоструктурованого іпохондричного мислення — у 46,66 %, прискорення або нерівномірності темпу мислення — у 66,66 %, неоформлених та непослідовних суїцидальних ідей та висловлювань — у 13,33 % хворих.

Поведінкові прояви тривоги проявлялись у обстежених хворих на ОТР та ОДР у вигляді порушень вольових пов'язаних з спонуканням — у 54,55 % та 80,00 % від-

повідно, проявів дезорганізації — у 72,73 % та 46,66 %, непослідовності дій — у 72,73 % та 40,00 %, звуження кола зацікавленості — у 54,55 % та 80,00 % хворих відповідно (рис. 6).

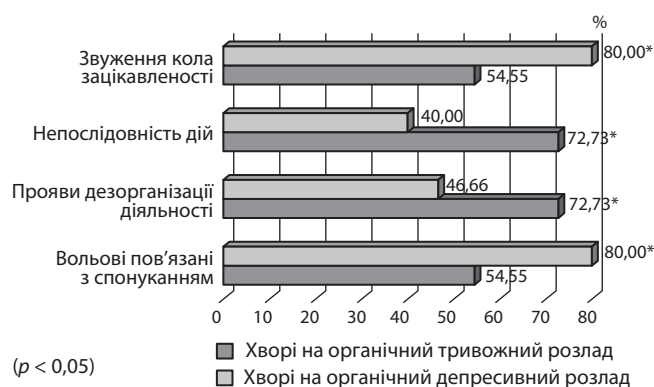


Рис. 6. Поведінкові прояви тривоги при органічному тривожному та депресивному розладах

Загальна оцінка клінічних проявів тривожного спектра у хворих на ОТР та ОДР свідчить про єдину їх структуру, але має й певні відмінності.

Так, достовірно частіше у хворих на органічний тривожний в порівнянні з хворими на депресивний розлад з симптомами тривоги в емоційній сфері спостерігались прояви у вигляді загального відчуття тривоги (100,00 % та 73,33 % відповідно), відчуття внутрішнього неспокою (90,91 % та 60,00 % відповідно) та тривожних очікувань та побоювань (відповідно 77,27 % та 53,33 %). Під час оцінювання вегетативно-соматичних проявів достовірно частіше в обстежених з тривожними органічними розладами спостерігались прояви пароксизмальних вегетосудинних порушень (86,36 % та 60,00 % відповідно) та прояви вегетативного дисбалансу (63,64 % та 40,00 % відповідно). Сенсорні прояви у вигляді психалгій та гіпестезій (тактильних та смакових) достовірно частіше спостерігались у хворих на органічний депресивний розлад з симптомами тривоги порівняно з хворими на тривожний органічний розлад (психалгії спостерігались відповідно у 26,67 % та 9,09 % хворих, а гіпестезії — у 60,00 % хворих на органічний депресивний розлад, у хворих на органічний тривожний розлад таких проявів виявлено не було). Рухові прояви тривоги в обстежених хворих на органічний тривожний розлад спостерігались достовірно частіше порівняно з хворими на органічний депресивний розлад та проявлялись у вигляді неспокою у жестах (86,36 % та 20,00 % відповідно), неспокою у міміці (63,64 % та 33,33 % відповідно), непосидючості (77,27 % та 20,00 % відповідно), неможливості розслабитись (86,36 % та 46,66 % відповідно).

Структура когнітивних проявів тривоги характеризувалась достовірним переважанням у групі хворих на ОДР порівняно з хворими на ОТР порушень пам'яті (60,00 % та 27,27 % відповідно), ідей малоцінності (73,33 % та 45,45 % відповідно), прискорення або нерівномірності темпу мислення (66,66 % та 36,36 % відповідно), наявності неоформлених та непослідовних суїцидальних ідей та висловлювань (13,33 % та 0,00 %).

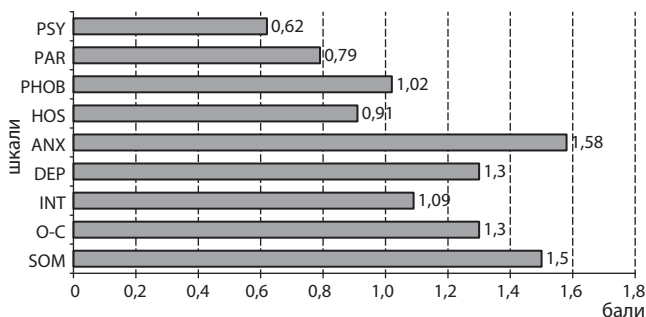
Поведінкові прояви тривоги у хворих на ОТР в порівнянні з хворими на ОДР з симптомами тривоги характеризувались переважанням проявів дезорганізації

(відповідно 72,73 % та 46,66 %), непослідовності дій (72,73 % та 40,00 %). В той час як у хворих на органічний депресивний розлад переважали прояви у вигляді звуження кола зацікавленості (80,00 % та 54,55 % відповідно) та вольові пов'язані з спонуканням (80,00 % та 54,55 % відповідно).

За допомогою опитувальника SCL-90-R проведено аналіз патопсихологічних особливостей хворих на ОТР та ОДР органічного походження та визначена виразність основних клініко-психопатологічних симптомів (рис. 7). Оскільки в обох групах обстежених отримані показники були ідентичними, всі хворі розглядались в одній групі.

Так, було встановлено, що в обстежених хворих серед провідних психопатологічних симптомів переважала тривога (1,58 ± 0,82 бали), що проявлялась в нервовості, напруженні, а також нападах паніки, почутті небезпеки, побоюваннях і страху.

Також у цих пацієнтів були виражені й соматичні симптоми (1,48 ± 0,75 бали), що проявлялись скаргами, фіксованими на кардіоваскулярній, гастроінтестинальній, респіраторній та інших системах, на головному болю, інших больових відчуттях та дискомфорті загальної мускулатури. Крім того, у хворих даної категорії, поряд з вираженою тривожною симптоматикою, визначалась також депресія (1,30 ± 0,77 бали), що проявлялась ознаками відсутності інтересу до життя, браком мотивації та втратою життєвої енергії, почуттям безнадійності, а також наявністю негативних думок та роздратованістю.



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

Рис. 7. Виразність психопатологічної симптоматики у хворих з тривожними розладами органічного походження

Серед психопатологічних симптомів у обстежених пацієнтів визначався високий показник фобічної симптоматики (1,02 ± 0,96 бали), що відображає наявність побоювань, які характеризуються як ірраціональні та неадекватні щодо стимулу та призводять до унікаючої поведінки. Також серед патопсихологічних симптомів був значним показник міжособистісної сензитивності (1,09 ± 0,61 бали), що відображає почуття особистої неадекватності та неповноцінності, особливо, при порівнянні себе з іншими.

Низькими були показники психотизму (0,62 ± 0,57 бали), паранояльності (0,79 ± 0,52 бали) та ворожості (0,91 ± 0,69 бали). Тобто у пацієнтів скарги на агресію, почуття гніву, ворожості, підозрливості були представлені

менше, ніж скарги на тривогу, соматичні симптоми та труднощі міжособистісної взаємодії.

Було встановлено, що в обстежених хворих переважали тривожні ($p \leq 0,05$, $t = 2,30$) та фобічні ($p \leq 0,025$, $t = 2,37$) симптоми, що об'єктивізує виразність у них тривоги.

Для оцінки тривоги як клінічного симптому використовували також шкалу самооцінки тривоги Цунга (рис. 8).

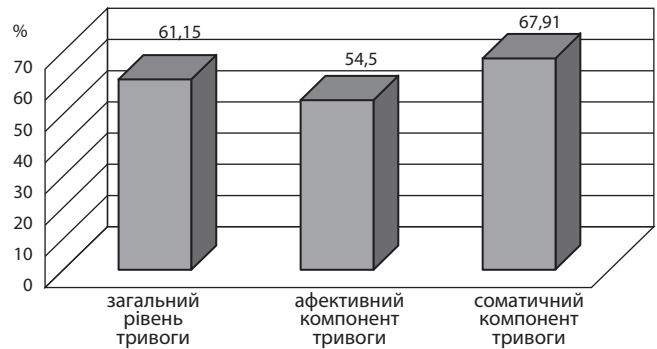


Рис. 8. Виразність тривоги у хворих з тривожними розладами органічного генезу (за Цунгом)

В результаті аналізу отриманих даних було встановлено, що у хворих з органічними тривожним та депресивним розладами загальний рівень тривоги становив 61,15 %. При цьому у хворих даної категорії афективний компонент тривоги становив 54,4 %, а соматичний — 67,91 %. Отримані дані об'єктивізують скарги хворих та підтверджують наявність та виразність афективного та соматичного компонента тривоги.

Отримані дані свідчать, що структура тривоги при ОТР та ОДР характеризується наявністю таких компонентів: емоційного, вегетативно-соматичного, сенсорного, рухового, когнітивного та поведінкового, виразність яких визначає їх специфіку. При цих розладах переважають емоційний, вегетативно-соматичний, сенсорний та когнітивний компоненти.

Клінічна картина органічних психічних розладів з симптомами тривоги має складний поліморфний характер та специфічну синдромальну структуру, що складається у хворих на органічний тривожний розлад з поєднання тривожного симптомокомплексу з фобічним (54,05 %), сенестопатичним (59,46 %) та іпохондричним (40,54 %) симптомокомплексами, а у хворих на органічний депресивний розлад — депресивної та тривожної симптоматики з астеничним та іпохондричним симптомокомплексами.

Визначені механізми формування тривоги в структурі органічних психічних розладів — при цих розладах тривога формується як ситуативно обумовлена реакція особистості на органічне (соматичне) захворювання та його наслідки, включаючи зниження працездатності.

На підставі вивчення механізмів формування тривоги в структурі психічних розладів органічного походження та її клінічних проявів виділені мішені терапії тривоги: соматичний та астеничний компоненти тривоги; особистісно та ситуативно обумовлена соціальна реакція захисту. Встановлені особливості клінічних проявів тривоги, механізмів її формування та специфіку мішеней при ОТР та ОДР треба враховувати під час терапії цих розладів.

Список літератури

1. Психическое здоровье: усиление борьбы с психическими расстройствами // Информационный бюллетень ВОЗ. — 2010. — № 220 (сентябрь).

2. Janu, L. Anxiety disorders, comorbidity and imaging techniques / L. Janu, S. Rackova // Book of Abstracts of XIV World Congress of Psychiatry. — Prague, 2008. — P. 528.

3. Марута, Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // Нейро News : Психоневрологія і нейропсихіатрія. — 2010. — № 5 (24). — С. 83—90.

4. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey / [R. C. Kessler, K. A. McGonagle, S. Zhao et al.] // Arch Gen Psychiatry. — 1994. — Vol. 51. — P. 8—19.

5. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative / [R. C. Kessler, M. Angermeyer, J. C. Anthony et al.] // World Psychiatry. — 2007. — Vol. 6. — P. 168—76.

6. The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders / R. C. Kessler, T. B. Ustun (Eds.). — N. Y.: Cambridge University Press, 2008. — P. 117.

7. The ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMed) project // Acta Psychiatr Scand. — 2004. — Vol. 109. — Suppl. 420. — P. 21—27.

8. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. — М.: Практическая медицина, 2011. — 432 с.

9. Drevets, W. C. Brain Structural Abnormalities in Mood Disorders, in Psychopathology in the Genome and Neuroscience Era / W. C. Drevets; Eds. Ch. F. Zoruwsky, E. H. Rubin. — Washington: American Psychiatric Publishing, 2005. — P. 49.

10. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения : Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. — 2006. — 199 с.

11. Дроздова, И. В. Артериальная гипертензия и аффективные расстройства: оценка качества жизни / И. В. Дроздова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С. 122—124.

12. Психокardiология / [А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, М. Ю. Дробижев и др.]. — М., 2005. — 784 с.

13. The ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMed) project // Acta Psychiatr Scand. — 2004. — Vol. 109, Suppl. 420. — P. 38—46.

14. Балукова, Е. В. Тревожные расстройства у больных терапевтического профиля / Е. В. Балукова, Ю. П. Успенский, Е. И. Каченко // Терапевт. арх. — 2007. — № 6. — С. 85—88.

15. Маляров, С. А. Общие принципы диагностики и терапии тревоги / С. А. Маляров // НейроNews. — 2007. — С. 53—56.

16. Краснов, В. Н. Соматопсихиатрия и психосоматика: взаимосвязи и различия / В. Н. Краснов // Психические расстройства в общей медицине. — 2014. — № 2. — С. 4—6.

17. Смулевич А. Б. Психические расстройства у больных с инфарктом миокарда / А. Б. Смулевич, В. Э. Медведев // В кн.: Острый коронарный синдром: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / А. Л. Сыркин, Н. А. Новикова, С. А. Терехин. — М.: Медицинское информационное агентство, 2010. — С. 123—136.

18. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 423 с.

19. Andlin-Sobocki, P. Cost of anxiety disorders in Europe / P. Andlin-Sobocki, H. Wittchen // Eur J Neurol. — 2005. — Vol. 12 (Suppl.). — P. 39—44.

20. Бизюк, А. П. Применение интегративного теста [Текст]: методические рекомендации / А. П. Бизюк, Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев. — СПб.: Изд-во Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 2005. — 23 с.

21. Zung, W. W. How Normal is Anxiety? (Current Concepts) / W. W. Zung. — Kalamazoo, MI: Upjohn Company, 1980. — 25 p.

Надійшла до редакції 19.01.2016 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: tamarapanko@ukr.net

ФЕДЧЕНКО Вікторія Юріївна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: vfedchenko83@ukr.net

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

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: tamarapanko@ukr.net

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: vfedchenko83@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

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