

НЕВРОЛОГІЯ І ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.85-008.64-07

Н.О. Марута, Т.В. Панько, В.Ю. Федченко, М.М. Денисенко, Г.Ю. Каленська
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
м. Харків

**ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТРИВОГИ
ПРИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ**

З метою вивчення клініко-патофизиологічних особливостей тривоги в структурі невротичних розладів, розробки діагностичних критеріїв тривоги та встановлення мішеней психотерапевтичного впливу було обстежено 89 хворих на невротичні розлади. Використано клініко-психопатологічний метод, який включав аналіз скарг, анамнез хвороби, анамнез життя, аналіз психотравмуючих чинників, оцінку психічного стану хворих. Клініко-психопатологічний метод був доповнений методикою «Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики» (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R) та шкалою самооцінки тривожності Цунга. Показано, що алгоритм діагностики невротичних розладів з симптомами тривоги представляє собою поєднання клінічних і психопатологічних аспектів: синдромального поліморфізму (декількох синдромів в залежності від невротичного розладу), певної структури тривоги та провідних психопатологічних симптомів.

Ключові слова: тривога, невротичні розлади, клініко-психопатологічні характеристики, діагностика.

Збільшення поширеності психічних, у першу чергу неспсихотичних, розладів обумовлено високим рівнем напруги в усіх сферах життя людини, змінами соціально-політичної структури суспільства, зростанням темпу життя, інформаційними перевантаженнями, конфліктами політичного, виробничого та сімейного характеру, воєнними діями. Все це створює основу для стрімкого зростання захворюваності пограничними нервово-психічними розладами і, перш за все, тривожного спектра [1–5]. За даними ВООЗ, тривожні розлади відносяться до перших десяти найбільш значущих за соціально-економічними наслідками форм патології [2]. Серед усього населення поширеність тривожних розладів у цілому становить близько 20–30 % [3, 6]. Окремі симптоми тривоги або субсиндромальні тривожні прояви реєструються у 76 % населення [7].

Тривога є нормальною реакцією людини, якщо вона виникає у відповідь на різноманітні негативні стресові ситуації (такі як хвороба або смерть близької людини, невдачі в осо-

бистому житті, втрата роботи, погіршення власного стану здоров'я тощо) і носить короткостроковий характер. Короткочасна тривога дозволяє людині адаптуватися до різних ситуацій і є захисним механізмом для організму.

Тривала патологічна тривога – один із найчастіших і найпоширеніших розладів психіки, що істотно порушує якість життя людини, трудову і професійну діяльність, а часом і інвалідизує її.

Актуальність проблеми тривожних розладів визначається також їх клінічною гетерогенністю, тенденцією до затяжного перебігу і формуванням коморбідних станів з депресивними й соматоформними розладами. Вплив тривоги на організм людини протягом довгого часу може призводити до розвитку багатьох як психічних, так і соматоневрологічних захворювань. У зв'язку з цим діагностика і адекватна терапія станів з тривожним афектом набуває особливого значення.

Метою даного дослідження було вивчення клініко-патофизиологічних особливостей три-

© Н.О. Марута, Т.В. Панько, В.Ю. Федченко та ін., 2015

воги в структурі невротичних розладів, розробка діагностичних критеріїв тривоги та встановлення мішеней психотерапевтичного впливу.

Було обстежено 89 хворих на невротичні розлади з симптомами тривоги, які проходили стаціонарний курс лікування у відділенні неврозів і пограничних станів Інституту неврології, психіатрії та наркології: 27 хворих на тривожно-фобічний розлад (F 40.0), 22 хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію серцево-судинної системи (F 45.3), 17 хворих на неврастенію (F 48.0) та 23 хворих на дисоціативні розлади (F 44.7).

Використано клініко-психопатологічний метод, який включав аналіз скарг, анамнез хвороби, анамнез життя, аналіз психотравмуючих чинників, оцінку психічного стану хворих. Клініко-психопатологічний метод був доповнений методикою «Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики» (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90R) [8] і шкалою самооцінки тривожності Цунга [9].

На підставі вивчення клініко-психопатологічних особливостей невротичних розладів була встановлена структура тривоги, що відображена в таблиці.

Як свідчать отримані результати, прояви тривоги в структурі невротичних розладів характеризуються сполученням емоційних, вегетосоматичних, когнітивних, рухових, сенсорних та поведінкових проявів.

Клініка емоційних проявів, незалежно від невротичного розладу, характеризується наявністю хвилювання, відчуття внутрішнього неспокою, напруги, тривожної екзальтації, постійних тривожних думок відносно якоїсь конкретної події, тривожного очікування та побоювання, нав'язливих тривожних обмірковувань минулих подій.

Структура вегетосоматичних проявів тривоги характеризується наявністю перманентних симпатикотонічних станів, проявів вегетативного дисбалансу, пароксизмальних вегетосудинних порушень.

Сенсорні прояви тривоги спостерігались у вибірковості сприйняття.

Рухова складова тривожних проявів характеризується наявністю неспокою у жестах, неспокою у міміці, непосидючістю, потребою постійно рухатись для зниження тривоги, неможливістю розслабитись, постійними пошмикуваннями ногами, зміною темпу мови та загальним тривожним збудженням.

Структура когнітивних порушень складалась із порушень уваги, прискорення або нерівномірності темпу мислення, надцінного малоструктурованого іпохондричного мислення, ідей малоцінності, неоформлених і непослідовних суїцидальних ідей та висловлювань.

Структура поведінкових розладів складається з вольових, пов'язаних із спонуканням, проявів дезорганізації, непослідовності дій та звуження кола зацікавленості.

Оцінка тривоги в структурі тривожно-фобічних розладів свідчить, що емоційна складова характеризується переважанням постійних тривожних думок відносно якоїсь конкретної події (85,18 %) та нав'язливими тривожними обмірковуваннями минулих подій (77,77 %); вегетосоматична складова – переважанням пароксизмальних вегетосудинних порушень (85,18 %); рухова складова – достовірним переважанням неспокою у жестах (85,18 %), непосидючістю (62,96 %), неможливістю розслабитись (70,37 %); когнітивні прояви тривоги характеризуються домінуванням ідей малоцінності (62,96 %); поведінкова складова – переважанням вольових, пов'язаних зі спонуканням (92,59 %), та звуження кола зацікавленості (70,37 %).

При соматоформній вегетативній дисфункції серцево-судинної системи в структурі емоційної складової переважають хвилювання (81,81 %) і відчуття внутрішнього неспокою (77,27 %). Вегетосоматичні прояви тривоги проявляються достовірно частіше у вигляді перманентних симпатикотонічних станів (77,27 %). Прояви рухової, сенсорної та когнітивної складової достовірно не виражені. Поведінкові прояви характеризуються переважанням звуження кола зацікавленості (77,27 %).

При неврастенії емоційні порушення тривоги характеризуються переважанням хвилювання (82,35 %) і напруги (76,47 %). Вегетосоматична складова характеризується переважанням вегетативного дисбалансу (82,35 %). Рухова складова тривоги при неврастенії характеризується достовірним переважанням неможливості розслабитись (64,70 %). Достовірно частіше в структурі когнітивної складової спостерігалось порушення уваги (64,70 %), порушення пам'яті (52,94 %) та ідей малоцінності (64,70 %). У структурі поведінкової складової при неврастенії достовірно значущих порушень не виявлено.

Структура психопатологічних проявів тривоги при невротичних розладах

Оцінювальний показник	Хворі на тривожно-фобічний розлад (n=27)	Хворі на соматоформну вегетативну дисфункцію серцево-судинної системи (n=22)	Хворі на неврастенію (n=17)	Хворі на дисоціативні розлади (n=23)
<i>Емоційні прояви тривоги</i>				
Хвилювання	88,88±11,39	81,81±16,61	82,35±21,62	78,26±16,58
Відчуття внутрішнього дискомфорту	55,55±14,24	77,27±17,54*	41,17±19,95	47,82±15,70
Напруга	50,85±13,71	59,09±17,99	76,46±23,18*	47,82±15,70
Тривожна екзальтація	11,11±4,02	40,90±14,97	17,64±10,01	86,95±14,27*
Постійні тривожні думки відносно якоїсь конкретної події	85,18±12,60*	36,36±13,81	64,70±24,02	56,52±16,94
Тривожне очікування й побоювання	50,85±13,71	40,90±14,97	52,94±22,69	82,60±15,65*
Нав'язливі тривожні обмірковування минулих подій	77,77±14,01	31,81±12,51	41,17±19,95	26,08±10,19
<i>Вегетосоматичні прояви тривоги</i>				
Перманентні симпатикотонічні стани	29,62±9,55	77,27±17,54*	41,17±19,95	47,82±15,70
Прояви вегетативного дисбалансу	33,33±10,46	40,90±14,97	82,35±21,62	91,30±12,34
Пароксизмальні вегетосудинні порушення	85,18±12,60	59,09±17,99	41,17±19,95	47,82±15,70
<i>Сенсорні прояви тривоги</i>				
Вибірковість сприйняття	22,22±7,53	9,09±4,12	11,76±6,90	60,86±17,30*
<i>Рухові прояви тривоги</i>				
Неспокій у жестах	85,18±12,60*	31,81±12,51	35,29±17,74	56,52±16,94
Неспокій у миміці	29,62±9,55	40,90±14,97	29,41±15,44	65,21±17,48
Непосидючість	62,96±14,73*	9,09±4,12	41,17±19,95	47,82±15,70
Потреба постійно рухатися для зниження тривоги	25,92±8,58	31,81±12,51	29,41±15,44	26,08±10,19
Неможливість розслабитися	70,37±14,73*	45,45±9,69	64,70±24,02*	39,14±13,87
Постійне посмикування ногами	11,11±4,02	13,63±6,03	11,76±6,90	13,04±5,52
Зміна темпу мови	25,92±8,58	13,63±6,03	11,76±6,90	21,73±8,74
Загальне тривожне збудження	33,33±10,46	31,81±12,51	29,41±15,44	39,14±13,87
<i>Когнітивні прояви тривоги</i>				
Порушення пам'яті	25,92±8,58	31,81±12,51	52,94±22,69	39,14±13,87
Порушення уваги	33,33±10,46	45,45±9,69	64,70±24,02*	47,82±15,70
Прискорення та нерівномірність темпу мислення	37,03±11,30	40,90±14,97	29,41±15,44	69,56±17,44*
Надцінне малоструктуроване іпохондричне мислення	18,51±6,42	36,36±13,81	23,52±12,86	78,26±16,58*
Ідеї малоцінності	62,96±14,73*	22,72±9,51	64,70±24,02*	8,68±3,77
Неоформлені і непослідовні суїцидальні ідеї та висловлювання	14,81±5,25	4,55±2,11	11,76±6,90	13,04±5,52

Продовження таблиці

	<i>Поведінкові прояви тривоги</i>			
Вольові, пов'язані зі спонуканням	92,59±9,69*	59,09±17,99	52,94±22,69	56,52±16,94
Прояви дезорганізації	59,25±14,54	45,45±9,69	47,05±21,49	82,60±15,65*
Непоследовність дій	48,10±13,33	31,81±12,51	23,52±12,86	73,91±17,16*
Звуження кола зацікавленості	70,37±14,73*	77,27±17,54*	29,41±15,44	34,78±12,76

В структурі емоційної складової тривоги при дисоціативних розладах переважають прояви тривожної екстації (86,95 %) і тривожне очікування та побоювання (82,60 %). Вегетосоматична складова характеризується достовірним переважанням проявів вегетативного дисбалансу (91,30 %). При дисоціативних розладах достовірно частіше спостерігались прояви мімічного неспокою (65,21 %). Рухова складова при соматоформній вегетативній дисфункції серцево-судинної системи не має специфічних проявів. У структурі когнітивної складової достовірно частіше переважає надцінне малоструктуроване іпохондричне мислення і прискорення та нерівномірність темпу мислення (78,26 та 69,56 % відповідно). Саме для цих хворих характерною є наявність сенсорної складової з достовірним переважанням вибірковості сприйняття (60,86 %). Рухова складова характеризується домінуванням неспокою у міміці (65,56 %). Когнітивна складова характеризується достовірним переважанням прискорення і нерівномірністю темпу мислення (69,56 %) та надцінного мало-

структурованого іпохондричного мислення (78,26 %). Поведінкова складова тривоги при цих розладах характеризується проявами дезорганізації (82,60 %) і непоследовністю дій (73,91 %).

Оцінка клінічної картини невротичних розладів з проявами тривоги у хворих дозволила виявити синдромальну структуру кожного невротичного розладу (рис. 1).

Для всіх обстежених хворих було характерно поєднання тривожного, фобічного та соматовегетативного синдромів. У хворих на тривожно-фобічний розлад спостерігалось поєднання названих синдромів з депресивним синдромом. У хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію серцево-судинної системи мало місце сполучення тільки зазначених синдромів. При неврастенії тривожний, фобічний та соматовегетативний синдроми сполучалися з астеничним синдромом. При дисоціативному розладі до тривожного, фобічного та соматовегетативного синдромів приєднувався іпохондричний синдром. Проведений аналіз клінічної картини невротичних розладів характеризується наявністю

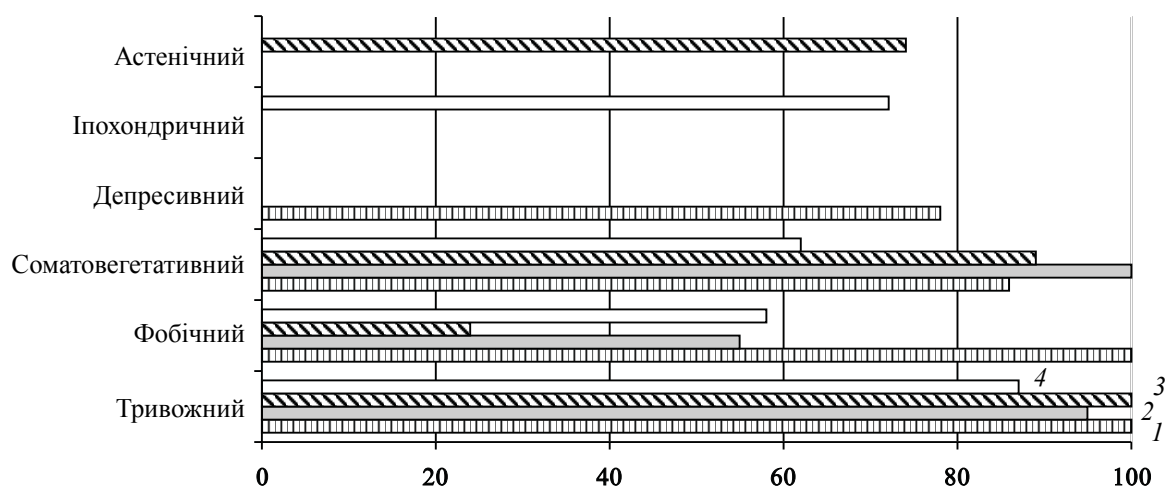


Рис. 1. Провідні синдроми в структурі невротичних розладів з симптомами тривоги:
 1 – хворі на тривожно-фобічний розлад; 2 – хворі на соматоформну вегетативну дисфункцію серцево-судинної системи; 3 – хворі на неврастенію;
 4 – хворі на дисоціативні розлади

симптомів тривоги, які суттєво ускладнюють безпосередньо клінічну картину і перебіг розладу.

Використання «Опитувальника виразності психопатологічної симптоматики» (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R) дозволило визначити виразність основних клініко-психопатологічних симптомів (рис. 2).

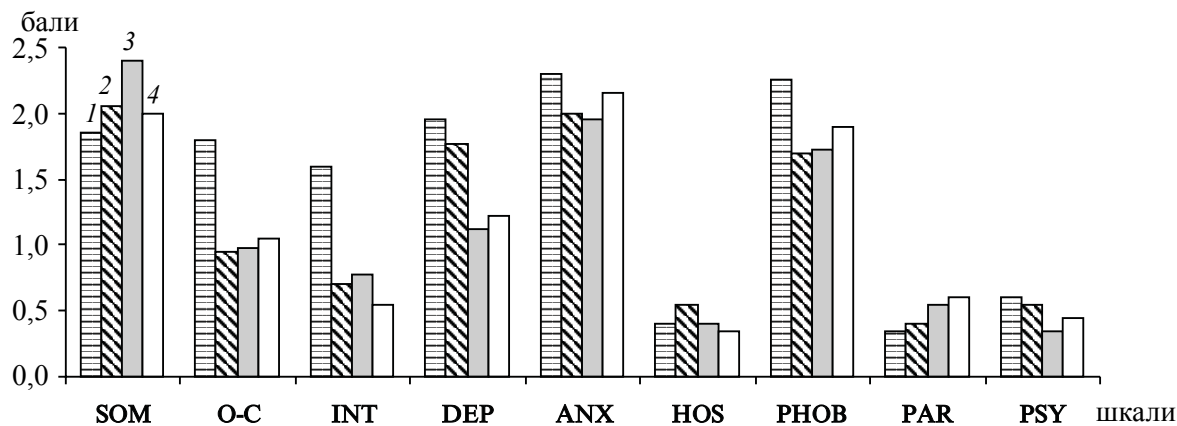


Рис. 2. Виразність психопатологічної симптоматики у хворих на невротичні розлади з симптомами тривоги:

1 – тривожно-фобічні розлади; 2 – неврастенія; 3 – соматоформна вегетативна дисфункція; 4 – дисоціативні розлади. SOM – соматизація; O-C – obsesивно-компульсивні синдроми; INT – міжособистісна сенситивність; DEP – депресія; ANX – тривога; HOS – ворожість; PHOB – фобічна тривожність; PAR – паранойальність; PSY – психотизм

Так, було встановлено, що у хворих на тривожно-фобічні розлади були високими показники тривоги (2,32 бала), фобічної та obsesивно-компульсивної симптоматики (2,27 та 1,88 бала відповідно), депресії (1,98 бала) та соматичних проявів. У хворих на неврастенію була виражена тривожна і фобічна симптоматика (2,02 та 1,78 бала відповідно), а також були виражені соматичні й астеничні симптоми (2,03 бала). У хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію визначалися високі показники соматизації (2,45 бала), тривоги (1,98 бала) та фобічної симптоматики (1,8 бала). У хворих на дисоціативні розлади визначалися високі показники тривоги (2,12 бала), фобічної та соматичної симптоматики (1,92 та 2,01 бала відповідно).

Для оцінки тривоги як клінічного симптому використовувалась шкала самооцінки тривоги Цунга (рис. 3). Аналіз отриманих даних показав, що у хворих з невротичними розладами з симптомами тривоги загальний рівень тривоги становив 53,57 %. При цьому у хворих даної категорії переважав афек-

тивний компонент тривоги, який становив 65,85 %, а також був виражений й соматичний компонент тривоги, який становив 52,40 %. Отримані дані об'єктивізують скарги хворих і підтверджують наявність і виразність афективного й соматичного компонентів тривоги.

Аналіз результатів дослідження показав, що алгоритм діагностики невротичних роз-

ладів з симптомами тривоги представляє собою поєднання клінічних і психопатологічних аспектів: синдромального поліморфізму

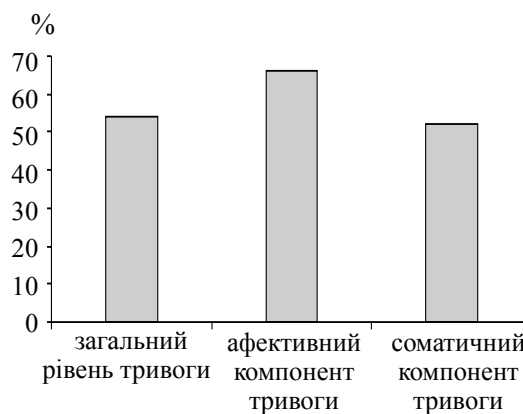


Рис. 3. Виразність тривоги у хворих на невротичні розлади (за Цунгом)

(декількох синдромів в залежності від невротичного розладу), структури тривоги та провідних психопатологічних симптомів.

Виявлені особливості слід враховувати при проведенні терапевтичного втручання з персоналізованим підходом.

Література

1. 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.

2. Revised prevalence estimates of mental disorders in United States / W.E. Narrow, D.S. Rae, L.N. Robins et al. // *Ach. Gen. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 2. – P. 115–123.
3. *Drevets W.C.* Brain structural abnormalities in mood disorders / W.C. Drevets, Ch.F. Zoruwsky, E.H. Rubin // *Psychopathology in the genome and Neuroscience Era*. – Washington – London: Am. Psychiatric Publishing, 2005. – P. 49.
4. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения: Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. – 2006. – 199 с.
5. *Spinney L.* European Brain Policy Forum 2009: Depression and the European Society / L. Spinney // *Eur. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 24 (8). – P. 550–551.
6. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4th ed. Text Revision. – Washington: Amer. Psychiatric Association, 2000.
7. Prevalence, correlates, comorbidity and comparative disability of DSM-IV in the USA: results from the National Comorbidity Survey / B.F. Grant, D.S. Hasin, F.S. Stinson et al. // *Psychol. Med.* – 2005. – Vol. 35 (12). – P. 747–759.
8. Практикум по психотравматическому стрессу / под ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2001. – С. 29–32.
9. *Zung W.W.* How Normal is Anxiety (Current Concepts) / W.W. Zung. – Upjohn Company, 1980. – 25 p.

Н.А. Марута, Т.В. Панько, В.Ю. Федченко, М.М. Денисенко, Г.Ю. Каленская
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОГИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

С целью изучения клинико-психопатологических особенностей тревоги в структуре невротических расстройств, разработки диагностических критериев тревоги и установки мишенной психотерапевтического воздействия было обследовано 89 больных с невротическими расстройствами. Использован клинико-психопатологический метод, который включал анализ жалоб, анамнез болезни, анамнез жизни, анализ психотравмирующих факторов, оценку психического состояния больных. Клинико-психопатологический метод был дополнен методикой «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R) и шкалой самооценки тревожности Цунга. Показано, что алгоритм диагностики невротических расстройств с симптомами тревоги представляет собой сочетание клинических и психопатологических аспектов: синдромального полиморфизма (нескольких синдромов в зависимости от невротического расстройства), определенной структуры тревоги и ведущих психопатологических симптомов.

Ключевые слова: тревога, невротические расстройства, клинико-психопатологические характеристики, диагностика.

Н.О. Maruta, T.V. Panko, V.Ju. Fedchenko, M.M. Denysenko, G.Ju. Kalenskaja
SPECIAL ASPECTS OF ANXIETY DIAGNOSTICS IN NEUROTIC DISORDERS

In order to explore the clinical and pathopsychological characteristics of anxiety in the structure of neurotic disorders, to develop the diagnostic criteria for anxiety and set the targets for psychotherapeutic treatment there were examined 89 patients with neurotic disorders. We have used clinico-psychopathological method which involved the analysis of complaints, medical history, personal history, the analysis of stressful factors, and the assessment of patient's mental status. The clinical and psychopathological method was updated with the methodic of «Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R» and Zung Self-Rating Anxiety Scale. It was showed that algorithm of neurotic disorders with symptoms of anxiety is a combination of clinical and psychopathological aspects: the syndrome polymorphism (a combination of several syndromes, depending on the type of neurotic disorder), the certain structure of anxiety and the leading psychopathological symptoms.

Key words: anxiety, neurotic disorders, abnormal clinic-psychology descriptions, diagnostics.

Поступила 21.08.15