

*М. В. Закладний***ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ І СЕРЕДОВИЩНИХ ЧИННИКІВ У ПАЦІЄНТІВ З ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ НЕВРОТИЧНОГО ТА ОРГАНІЧНОГО ҐЕНЕЗУ***М. В. Закладний***Сравнительный анализ социально-демографических и средовых факторов у пациентов с тревожными расстройствами невротического и органического генеза***М. V. Zakladniy***Comparative analysis sociodemographic and environmental factors in patients with anxiety disorders neurotic and organic genesis**

З метою встановлення розходжень соціально-демографічних показників та середовищних впливів для визначення диференційованих мішеней медико-психологічної підтримки та психокорекції осіб з тривожними розладами (ТР), нами, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, протягом 2011—2015 рр. на базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру було обстежено 200 пацієнтів з ТР. 100 хворих з ТР невротичного генезу склали групу 1, інші 100 пацієнтів з ТР органічного походження — групу 2. За базовими соціально-демографічними показниками пацієнти, що страждають на ТР невротичного або органічного генезу, не мають суттєвих достовірних розбіжностей. Проте, це не можна сказати про контекстуальні середовищні чинники та процес реагування на них з боку обстежуваних різних груп. Так, для хворих групи 1 характерними проблемами, що мали психотравмуючий зміст та патогенетичну значущість у виникненні ТР, були негативні психосоціальні обставини економічного і сімейного характеру. Для пацієнтів групи 2 єдиним психосоціальним чинником, що мав вплив на їх психічний і соматичний статус, був нездоровий спосіб їх життя. Таким чином, під час визначення стратегії медико-психологічної роботи з пацієнтами з ТР необхідно враховувати генез їх захворювання, оскільки від цього залежить різна спрямованість психокорекційної роботи.

Ключові слова: тривожні розлади, невротичні розлади, органічні розлади, психосоціальні чинники

С целью установления различий социально-демографических показателей и средовых факторов для определения дифференцированных мишеней медико-психологической поддержки и психокоррекции лиц с тревожными расстройствами (ТР), нами, с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии, в течение 2011—2015 гг. на базе Полтавского областного психоневрологического диспансера было обследовано 200 пациентов с ТР. 100 больных с ТР невротического генеза составили группу 1, остальные 100 пациентов с ТР органического происхождения — группу 2. По базовым социально-демографическим показателям пациенты, страдающие ТР невротического или органического генеза, не имеют существенных достоверных различий. Однако, это нельзя сказать о контекстуальных средовых факторах и процессе реагирования на них со стороны обследованных различных групп. Так, для больных группы 1 характерными проблемами, имеющими психотравмирующее содержание и патогенетическую значимость в возникновении ТР, были негативные психосоциальные обстоятельства экономического и семейного характера. Для пациентов группы 2 единственным психосоциальным фактором, оказывающим влияние на их психическое и соматическое состояние, был нездоровый образ их жизни. Таким образом, при определении стратегии медико-психологической работы с пациентами с ТР необходимо учитывать генез их заболевания, поскольку от этого зависит разная направленность психокоррекционной работы.

Ключевые слова: тревожные расстройства, невротические расстройства, органические расстройства, психосоциальные факторы

In order to establish differences in sociodemographics and environmental impacts to determine differentiated targets medical and psychological support and correction individuals with anxiety disorders (AD), tuned with the principles of bioethics and ethics during the 2011—2015 at the Poltava Regional psychoneurologic dispensary examined 200 patients with AD. 100 patients with AD were neurotic genesis — group 1, 100 patients with other AD organic origin — group 2. Basic sociodemographic indicators, patients suffering from AD neurotic or organic origins, no significant differences authentic. However, this is not the contextual factors and environmental process to respond to them by different groups surveyed. Thus, for patients of group 1 typical problems that had traumatic content and pathogenetic significance in causing AD were negative psychosocial circumstances of economic and family oriented. For patients of group 2 only psychosocial factor that had an impact on their mental and physical status was unhealthy way of life. Thus, in determining the strategy of medical and psychological work with patients with AD, be aware of their origins, because it affects the different orientation of targets.

Key words: anxiety disorders, neurotic disorders, organic disorders, psychosocial factors.

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

Хворі на ТР складають 30 % осіб, що звертаються до лікарів загальномедичної практики [3]. Неприятливою тенденцією також є збільшення частки молодих осіб, що страждають на тривожні розлади невротичного та невротоподібного генезу. Пов'язані з цією патологією втрата працездатності та витрати на лікування, зокрема, через ризик формування різних форм хімічної залежності, обважнення перебігу соматичних захворювань створюють

серйозну проблему не тільки для охорони здоров'я, але для суспільства в цілому [4].

Еволюційне значення тривоги полягає в мобілізації організму в екстремальних ситуаціях. Певний рівень тривоги необхідний для нормальної життєдіяльності і продуктивності людини. Нормальна тривога допомагає адаптуватися до різних ситуацій. Вона збільшується в умовах високої суб'єктивної значущості вибору, зовнішньої загрози, коли бракує інформації і часу. Патологічна тривога, хоча і може провокуватися зовнішніми обставинами, обумовлена внутрішніми психологічними і фізіологічними причинами. Вона непропорційна реальній загрози, або не пов'язана з нею, а головне — не адекватна значущості ситуації і різко знижує продуктивність і адаптаційні можливості. Клінічні прояви патологічної тривоги різноманітні і можуть мати пароксизмальний або перманентний характер, виявляючись як психічними, так і — навіть переважно — соматичними симптомами. Останнє є особливо важливим в загальномедичній практиці.

Концепція виникнення соматичних симптомів як еквівалентів тривоги запропонована З. Фрейдом, який більш ніж 100 років тому першим описав «тривожний невроз» (цит. за [5]): він констатував, що такі соматичні симптоми, як розлади серцевої діяльності, спазм судин, порушення дихання, діарея, тремтіння, напади пітливості, голоду, парестезії, сексуальні дисфункції тощо супроводжують стан тривоги як його еквіваленти, або як «масковані» стани тривоги.

Когнітивна теорія походження ТР, розроблена А. Беком, трактує тривогу як реакцію на небезпеку. В осіб, схильних до розвитку тривожних реакцій, спостерігається стійке спотворення процесу сприйняття і перероблення інформації, внаслідок чого вони вважають себе нездатними подолати можливу загрозу та контролювати оточуюче середовище. Увага тривожних пацієнтів вибірково спрямована саме на можливу небезпеку [6]. Пацієнти з ТР, з одного боку, твердо переконані, що занепокоєння є свого роду ефективним механізмом, яке дозволяє їм адаптуватися до ситуації, а з другого боку, розцінюють його як щось неконтрольоване і небезпечне. Таке поєднання як би замикає «порочне коло» постійного тривожного неспокою [7].

Деякі вчені вважають, що частота захворюваності на ТР серед підлітків і молодих дорослих невелика, але збільшується з віком, досягаючи максимальних значень серед жінок після 35 та чоловіків — після 45 років [8]. Проте, на думку інших авторів, середній вік початку ТР — 21 рік, але віковий розподіл на момент початку захворювання має «двогорбий» тип: первинний ТР може починатися близько 13 років, а вторинний щодо інших тривожних розладів — як правило, після 30 років [9]. ТР удвічі частіше виникає у жінок, у непрацюючих, а також на фоні соматичних захворювань, має багаторічний хвилеподібний перебіг, загострюючись після стресових подій. Як правило, до моменту встановлення діагнозу тривалість ТР складає 5—10 років [1, 3, 6].

Найвищу частоту первинного ТР підвищує ризик розвитку першого депресивного епізоду в 4,5—9 разів, майже в 2 рази збільшує тривалість депресії, зменшує вірогідність ремісії, а також підвищує ризик здійснення суїцидальних спроб [10].

Хворі на ТР звертаються до лікарів загальної практики. Дорослі особи з ТР, порівняно зі звичайними соматичними пацієнтами, в 6 разів частіше відвідують кардіолога, в 2,5 рази — ревматолога, в 2 рази — невропатолога, уролога і ЛОР-лікаря, в 1,5 рази частіше — гастроентеролога і в 1,5 рази частіше звертаються за допомогою в стаціонар. Крім того, вони характеризуються в 2,5 рази більш вираженим зниженням працездатності і продуктивності і майже в 2 рази — вищими витратами на медичне обслуговування [11]. У 39 % хворих на ТР має місце порушення соціального функціонування, що виявляється у зниженні продуктивності праці, зменшенні контактів з оточуючими, невиконанні повсякденних обов'язків [12]. ТР входять в першу десятку захворювань з найбільшою тимчасовою непрацездатністю і за цим показником стоять на одному рівні з ішемічною хворобою серця, діабетом, хворобами суглобів, виразковою хворобою та ін., а з психічних розладів — з депресією, або навіть випереджає її [1, 3, 4]. Наприклад, в Австралії ТР займають третє місце як причина непрацездатності після онкологічних захворювань і хвороб серця [13]. ТР, що почалися в підлітковому віці, є чинником ризику поганої шкільної успішності, підліткової вагітності, проблем із створенням та подальшим функціонуванням сім'ї, а також багатьох інших проблем дорослого віку, насамперед, розвитком порушення реалізації сексуальності [14].

Багатофакторність етіопатогенетичних механізмів ТР підтверджує необхідність мультідисциплінарного підходу до їх дослідження з позицій біопсихосоціального підходу. Такі особливості тривоги, як реактивність, нестабільність проявів і динаміки, насамперед, в емоційній та когнітивній сферах, визначають варіабельність форм ТР невротичного та неврозоподібного генезу, що потребують розроблення нових ефективних і безпечних терапевтичних заходів.

Найбільш розповсюдженою та науково обґрунтованою є психофармакологічна корекція ТР з використанням транквілізаторів, антидепресантів і малих нейролептиків. Проте, при всій важливості та перспективності застосування медикаментозних засобів, їх використання вирішує не стратегічні, а лише тактичні завдання, що визначається переважно психогенною природою соціальної дезадаптації особистості, без врахування специфіки генезу тривоги.

З огляду на вищенаведене, з метою встановлення відмінностей соціально-демографічних показників та середовищних впливів для визначення диференційованих мішеней медико-психологічної підтримки та психокорекції осіб з ТР, нами, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, протягом 2011—2015 рр. на базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру було обстежено 200 пацієнтів з ТР. 100 хворих з ТР невротичного генезу склали групу 1, інші 100 пацієнтів з ТР органічного походження — групу 2. Порівняльну характеристику базових соціально-демографічних і контекстуальних показників обстежуваних наведено в таблиці 1.

В групі 1 значна питома вага респондентів (43 %) мали діагноз ТР F41, у 28 % діагностовано неврастенію F48 з вираженим тривожним компонентом, 13 % страждали на соматоформні розлади F45 з тривожним радикалом, 10 % — на фобічні ТР F40, а 7 % — від змішаної тривожно-депресивної реакції в рамках розладу адаптації F43.

За нозологічною структурою ТР в групі 2 були виражені змішаним афективним розладом органічного генезу F06.33 (53 % хворих) та ТР органічного генезу F06.4 (47 % респондентів).

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

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

Серед респондентів обох груп переважали особи з середньою освітою або середньою спеціальною (83 % групи 1 та 80 % групи 2), що відрізняється від даних Н. О. Марути і Т. В. Панько (2013), згідно з якими в групі пацієнтів з ТР преувальюють особи з вищою освітою [4].

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

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

В групі 1 спадковість на психічну патологію визнали 47 %, в групі 2 — 29 % респондентів. Супутня соматична патологія мала місце практично в усіх пацієнтів групи 2 (в першу чергу, захворювання серцево-судинної системи), та в значно меншій кількості осіб групи 1.

Таблиця 1. Основні соціально-демографічні показники та середовищні чинники, що впливали на стан здоров'я обстежуваних

Показники		Група 1	Група 2
Стать	чоловіки	47,0 ± 5,0	54,0 ± 5,0
	жінки	53,0 ± 5,0	46,0 ± 5,0
Вік, роки	19—30	27,0 ± 4,4	12,0 ± 3,2
	31—40	30,0 ± 4,6	18,0 ± 3,8
	41—50	33,0 ± 4,7	26,0 ± 4,4
	51—60	10,0 ± 3,4	44,0 ± 5,0
Нозологія	F40	10,0 ± 3,4	—
	F41	43,0 ± 5,0	—
	F43	7,0 ± 2,5	—
	F45	13,0 ± 3,4	—
	F48	27,0 ± 4,4	—
	F06.4	—	47,0 ± 5,0
	F06.33	—	53,0 ± 5,0
Освіта	середня	60,0 ± 4,9	34,0 ± 4,7
	середня спеціальна	23,0 ± 4,2	46,0 ± 5,0
	вища	17,0 ± 3,7	20,0 ± 4,0
Сімейний стан	власна родина	63,0 ± 4,8	40,0 ± 4,9
	батьківська родина самотній	30,0 ± 4,6 7,0 ± 2,5	33,0 ± 4,7 27,0 ± 4,4
Матеріально-побутові умови	задовільні	47,0 ± 5,0	46,0 ± 5,0
	незадовільні	53,0 ± 5,0	54,0 ± 5,0
Соціальний стан	робітник	27,0 ± 4,4	26,0 ± 4,4
	робітник сільського господарства	3,0 ± 1,8	6,0 ± 2,4
	службовець	10,0 ± 3,0	8,0 ± 2,7
	безробітний	53,0 ± 5,0	20,0 ± 4,0
	пенсіонер	7,0 ± 2,5	40,0 ± 4,9
Спадковість на психічні захворювання	є	47,0 ± 5,0	29,0 ± 4,5
	немає інформації	53,0 ± 5,0	71,0 ± 4,5
Соматичний стан: супутні захворювання	серцево-судинної системи	7,0 ± 2,5	83,0 ± 3,8
	системи травлення	20,0 ± 4,0	13,0 ± 3,4
	сечостатевої системи	13,0 ± 3,4	6,0 ± 2,4
	інших систем	7,0 ± 2,5	23,0 ± 4,2
Контекстуальні чинники, що вплинули на життя (за Z-кодами за МКХ-10)	Z58	44,0 ± 5,0	9,0 ± 2,9
	Z59	37,0 ± 4,8	20,0 ± 4,0
	Z61	10,0 ± 3,0	—
	Z63	60,0 ± 4,9	34,0 ± 4,7
	Z72	7,0 ± 2,5	68,0 ± 4,7

За аналізом наявності і вираженості психосоціальних чинників, які мають вплив на стан здоров'я, нами були виокремлені ті з них, що мали достовірний негативний вплив, а саме: а) проблеми, пов'язані з зайнятістю та безробіттям — Z58; б) проблеми, пов'язані з обставинами житлового та економічного характеру — Z59; в) проблеми, пов'язані з несприятливими подіями в дитинстві — Z61; г) проблеми, пов'язані з групою первинної підтримки, включаючи сімейні обставини — Z63; г) проблеми, пов'язані зі способом життя — Z72.

Під час дослідження дії патологічних психосоціальних чинників встановлені розбіжності між обстежуваними обох груп. Принциповою різницею між пацієнтами з невротичними та органічними ТР, була наявність у хворих групи 1 проблем, пов'язаних з зайнятістю та безробіттям (44 % пацієнтів групи 1 та 9 % групи 2), проблем, пов'язаних з незадовільним станом житлової та економічної сфери (47 % хворих групи 1 та 20 % групи 2), а також відсутністю сімейної підтримки (60 % осіб групи 1 та 34 % групи 2). Між тим, у обстежуваних групи 2 найбільш вагомим середовищним чинником виявлений неправильний спосіб життя у вигляді вживання тютюну, алкоголю, недостатньої фізичної активності, неадекватних харчових звичок тощо

(68 % пацієнтів групи 2 та 7 % — групи 1). Патологічна дія негативних психосоціальних чинників Z58, Z59, Z63 ставала підґрунтям до розвитку невротичних ТР у пацієнтів групи 1, а наявність Z72 була чинником ризику виникнення органічного тла та прогредієнтності ТР у хворих групи 2 ($p \leq 0,05$).

Узагальнюючи отримані дані, можна дійти висновку, що за базовими соціально-демографічними показниками пацієнти, що страждають на ТР невротичного або органічного генезу, не мають суттєвих достовірних розбіжностей. Проте, це не можна сказати про контекстуальні середовищні чинники та процес реагування на них з боку обстежуваних різних груп. Так, для хворих групи 1 характерними проблемами, що мали психотравмуючий зміст та патогенетичну значущість у виникненні ТР, були негативні психосоціальні обставини економічного і сімейного характеру. Для пацієнтів групи 2 єдиним психосоціальним чинником, що мав вплив на їх психічний і соматичний статус, був нездоровий спосіб їх життя. Таким чином, під час визначення стратегії медико-психологічної роботи з пацієнтами з ТР необхідно враховувати генез їх захворювання, оскільки від цього залежить різна спрямованість психокорекційної роботи.

Отримані дані були покладені нами в основу розроблення заходів психокорекції та психопрофілактики ТР у хворих з невротичними або органічними порушеннями.

Список літератури

- Lepine J. P. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs / J. P. Lepine // J. Clin. Psychiatry. — 2002. — Vol. 63 (suppl. 2). — P. 4—8.
- Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / [М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 3 (72). — С. 13—18.
- Generalized Anxiety and Depression in Primary Care: Prevalence, Recognition, and Management / [H.-U. Wittchen, R. C. Kessler, K. Beesdo et al.] // J. Clin. Psychiatry. — 2002. — Vol. 63, № 8. — P. 24—34.
- Марута Н. А. Особенности диагностики и терапии тревожных расстройств невротического и органического генеза / Н. А. Марута, Т. В. Панько // Український вісник психоневрології — 2013. — Т. 21, вип. 1 (74) — С. 75—82.
- Barlow D. H. Anxiety and it's disorders / D. H. Barlow. — N. Y.: Guilford, 1988. — P. 77—138.
- Wells A. Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder / A. Wells, K. Carter // Behav Res Ther. — 1999. — Jun. — Vol. 37(6). — P. 585—594.
- Rickels K. What is generalized anxiety disorder? / K. Rickels, M. A. Rynn // J. Clin. Psychiatry. — 2001. — Vol. 62 (suppl. 11). — P. 4—12.
- Wittchen H. U. Generalized anxiety disorder: nature and course / H. U. Wittchen, J. Hoyer // Ibid. — P. 15—19.
- Keller M. B. The long-term clinical course of generalized anxiety disorder / M. B. Keller // Ibid. — 2002. — Vol. 63 (suppl. 8). — P. 11—16.
- Tsuang M. T. Textbook in psychiatric epidemiology / M. T. Tsuang, M. Tohen. — N. Y.: Wiley-Liss, 2002. — 736 p.
- Маркери-мішені та принципи психокорекції різних форм тривожних розладів / [Є. Г. Гриневич, М. В. Маркова, Г. М. Кожина, В. С. Первий] // Медична психологія. — 2013. — № 1 (29). — С. 76—82.
- Індивідуально-психологічні та клінічні особливості різних форм тривожних розладів / [Є. Г. Гриневич, М. В. Маркова, Г. М. Кожина, В. С. Первий] // Таврический журнал психиатрии. — 2012. — Т. 16, № 3 (60). — С. 40—48.
- Andrews G. Prevalence, comorbidity, disability and service utilization: overview of the Australian National Mental Health Survey / G. Andrews, S. Henderson, W. Hall // Br J Psychiatry. — 2001. — Vol. 178. — P. 145—153.
- Маркова М. В. Терапія при порушеннях сексуальності у хворих із генералізованим тривожним розладом / М. В. Маркова, Л. І. Юнда // Архів психіатрії. — 2008. — Т. 14. — № 2 (53). — С. 52—62.

Надійшла до редакції 27.01.2015 р.

ЗАКЛАДНИЙ Максим Віталійович, клінічний ординатор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» Міністерства охорони здоров'я України, м. Полтава

ZAKLADNIY Max, clinical intern of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology Department of "Ukrainian Medical Stomatological Academy" of Ministry Health of Ukraine, Poltava