

УДК 616.89-071:362.121:616-08-039.57

*В. А. Демченко***КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНИЙ ЗМІСТ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ПЕРВИННИЙ МЕДИЧНИЙ МЕРЕЖІ**

Міська психоневрологічна лікарня № 2 м. Києва

Ключові слова: психічні розлади, загальносоматична мережа, інтеграція.

Пріоритети в області медицини і охорони здоров'я визначаються епідеміологічними тенденціями поширеності окремих розладів і їх впливом на показники працездатності та тривалості повноцінного життя людини. Психічні розлади і, ширше, проблеми психічного здоров'я набувають в останні десятиліття особливу значимість серед усіх класів захворювань. Не випадково психічні розлади все частіше стають предметом спеціального розгляду урядів, міждержавних інститутів, Всесвітнього банку [1, 2].

Причиною тому є, перш за все, те, що зростає економічний тягар, пов'язаний із психічними захворюваннями, і, не стільки з фінансовим забезпеченням діагностики і лікування даних розладів, скільки з непрямими витратами: трудовими втратами, забезпеченням різноманітних форм соціальної підтримки, зайнятістю членів сім'ї турботами про хворих і т.і. 10% (у найближчій перспективі – близько 15%) економічних витрат, які несе суспільство у зв'язку з різними хворобами, обумовлено психічними захворюваннями та їх наслідками [3, 4].

За даними дослідження, проведеного в різних країнах світу, клінічно окреслені проблеми психічного здоров'я виявляються у 1/4 пацієнтів загальної медичної мережі: це перш за все депресії, тривожні й соматоформні розлади, а також розлади внаслідок зловживання алкоголем [5]. Згідно іншому дослідженню [6], виражені симптоми психічних порушень тривалістю не менше 1 тижня протягом календарного року можуть бути виявлені у 31,5% популяції, а розлади, що відповідають певним діагностичним категоріям психічних розладів, - у 10,5% популяції.

Масштаб проблем психічного здоров'я вимагає істотної зміни у організації відповідної консультативної та лікувальної допомоги, з розвитком нових її форм, що виходять за рамки традиційної спеціалізованої психіатричної служби, і з об'єднанням зусиль різних фахівців психіатрів,

терапевтів, кардіологів, неврологів, а також психологів та соціальних працівників. Сучасна психіатрія переживає етап реформ, спрямованих на демократизацію допомоги, забезпечення її доступності та наближення до населення. Разом з тим, реформування психіатричної допомоги неможливе тільки в рамках існуючих психіатричних служб. Очевидна необхідність взаємодії із загальною системою охорони здоров'я, зокрема, у вигляді інтеграції окремих форм психіатричної допомоги до установ первинної медичної мережі, перш за все, в територіальні поліклініки.

Враховуючі вищенаведене, з метою встановлення клініко-психопатологічного та патопсихологічного змісту психічних та поведінкових розладів у пацієнтів первинній медичній мережі, для обґрунтування та розробки організаційної моделі надання інтегрованої медичної допомоги даному контингенту хворих в умовах реальної вітчизняної клінічної практики, нами протягом 2003 – 2010 рр. проанкетовано та обстежено 2894 пацієнти Центральних поліклінік Дніпровського та Дарницького районів м. Києва, серед яких у 816 осіб діагностовано психічні та поведінкові розлади, що відповідали діагностичним критеріям МКХ-10. Таким чином, кількість відібраних хворих склала 28,2% від загальної кількості вивчених пацієнтів.

Серед пацієнтів первинної медичної мережі, які страждали на порушення психіки, питому вагу складали жінки (63,1±4,8% проти 36,9±4,8% чоловіків), віком від 41 до 60 років (63,8±4,8%), з середньо-спеціальною або вищою освітою (80,1±4,0%), розлучені й самотні (53,9±5,0%) або одружені (46,1±5,0%), які проживали у власній квартирі (67,3±4,7%), які працювали виконавцями (44,2±5,0%) або знаходились на пенсії за віком (23,3±4,2%), або інвалідністю (21,9±4,1%). Серед загальної вибірки інваліди за соматичним захворюванням становили 47,2±5,0% осіб, серед яких 33,2±4,7% пацієнтів – внаслідок аварії на ЧАЕС.

Таким чином, в дослідженні взяло участь 816

осіб, серед яких 33,8±4,7% (276) спостерігалися у невропатолога, 28,7±4,5% (234) лікувалися у кардіолога, 16,5±3,7% (135) – у гастроентеролога, а 21,0±4,1% (171) пацієнтів – у лікарів хірургічного профілю (хірурга, уролога, офтальмолога, отоларинголога). Хворі з хірургічною патологією не приймали участь в роботі на подальших її етапах, бо, внаслідок специфіки соматичного захворювання, вибували з поля зору амбулаторних фахівців-інтерністів та виходили

з дослідження. Таким чином, на наступних етапах роботи в дослідженні брали участь 645 пацієнтів, які були розподілені на підгрупи згідно соматичної нозології: неврологічна – 276 пацієнтів із психопатологічною симптоматикою, кардіологічна – 234 пацієнта та гастроентерологічна – 135 осіб.

Загальна кількість виявлених випадків психічних розладів, а також їхня нозологічна структура представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Поширеність і нозологічна структура психічних розладів серед пацієнтів амбулаторної ланки загальносоматичної мережі

Нозологічна рубрика МКХ-10	Частота зустрічаємості (абсолютна)	Частота зустрічаємості (%±m)
Тривожно-фобічні розлади F40	133	16,3±3,7
Органічні емоційно лабільні (астенічні) розлади F06.6	86	10,5±3,1
Органічний тривожний розлад F06.4	68	8,3±2,8
Неврастенія F48.0	55	6,7±2,5
Органічний (афективний) розлад F06.3	52	6,4±2,4
Депресивний епізод F32	47	5,8±2,3
Змішаний тривожний та депресивний розлад F41.2	45	5,5±2,3
Хронічні (афективні) розлади настрою F 34	44	5,4±2,3
Біполярний афективний розлад, поточний епізод помірної або легкої депресії F31.3	40	4,9±2,2
Панічний розлад F41.0	38	4,7±2,1
Рекурентний депресивний розлад F 33	31	3,8±1,9
Обсесивно-компульсивні розлади F 42	31	3,8±1,9
Генералізований тривожний розлад F41.1	30	3,7±1,9
Легкий когнітивний розлад F 06.7	25	3,1±1,7
Специфічні розлади особистості F60	25	3,1±1,7
Іпохондричний розлад F45.2	20	2,5±1,5
Пролонгована депресивна реакція F43.21	19	2,3±1,5
Психічні та поведінкові розлади в наслідок вживання алкоголю F10.0	18	2,2±1,5
Психічні та поведінкові розлади в наслідок вживання опіюідів F 11.0	6	0,7±0,9
Біполярний афективний розлад, поточний гіпоманіакальний епізод F31.0	6	0,7±0,9
Манія без психотичних симптомів F30.1	5	0,6±0,8
Параноїдна шизофренія F20.0	3	0,4±0,6
Усього	816	100,0

Примітка: ранжування за частотою зустрічаємості

Слід зазначити, що 78,6% пацієнтів, незважаючи на ознаки явного психічного розладу, не мали намірів звертатися до лікарів-психіатрів. Лікарі-інтерністи також, або не виявляли у пацієнтів ознак психічного захворювання, або не знали, як вчинити з ним і, фактично, залишали питання без вирішення. Наведені дані, крім стигматизації психіатрії, свідчать про низький психоосвітній рівень як серед пацієнтів, так і серед лікарів-інтерністів.

Аналіз нозологічної структури показав, що серед пацієнтів амбулаторної загальносоматичної мережі був виявлений фактично весь спектр психічних розладів, однак, превалювала симптоматика афективного (тривожно-фобічного та депресивного) кола, що відзначена майже в 70% всіх випадків.

Клініка основних психічних розладів у пацієнтів амбулаторної загальносоматичної мережі в цілому відповідала загальноприйнятим описам та критеріям діагностики МКХ-10. Однак, ряд психопатологічних станів в таких пацієнтів відрізнялися деякою специфічністю. Найбільшої відмінності досягали синдроми афективного та невротичного кола.

Треба зазначити, що зв'язок між соматичною та психічною патологіями мультифакторний та складний. Дослідниками визначено, по меншій мірі, чотири категорії причинно-наслідкових зв'язків:

а) психічний (насамперед, афективний) розлад – прямий наслідок соматичного захворювання;

б) психічний розлад – психологічна реакція на соматичне захворювання (нозогенія);

в) психічний розлад – наслідок побічних ефектів терапії соматичного захворювання (наприклад, при лікуванні бета-адреноблокаторами);

г) психічний розлад – самостійне коморбідне захворювання.

В обґрунтуванні спорідненості патогенетичних механізмів і закономірностей розвитку психічних (насамперед, тривожно-депресивних, фобічних) і соматичних розладів сучасні дослідники спираються на поняття стресу як незмінно присутнього в тому й іншому випадку провокуючого чинника. Стресові впливи ініціюють виникнення дисфункціональних вегетативних зрушень, переважно симпатикотонічних, неспецифічних, але східних на початкових етапах розвитку і психічного, і соматичного захворювання. З одного боку, серед сомато-вегетативних порушень, закономірно притаманних психічним роз-

ладам, ряд симптомів – коливання артеріального тиску, тахікардія, синусова аритмія, вазомоторна лабільність та ін. – цілком порівняні з початковими стадіями розвитку багатьох соматичних хвороб. З іншого боку, такі порушення астенічного кола, як головний біль, запаморочення, парестезії, підвищена втомлюваність, сенсорна гіперестезія, рівною мірою характерні для соматизованих варіантів депресивних (тривожних, фобічних) розладів, і або початкових етапів розвитку соматичного захворювання, наприклад, цереброваскулярної хвороби. Емоційний дискомфорт з тривожним відтінком, коливання настрою, які не оформилися ще у стійкий депресивний зсув – цілком характерні для усіх згаданих вище захворювань.

Узагальнюючи вищевикладені результати досліджень щодо поширеності психічних розладів у пацієнтів первинної медичної мережі можна зазначити наступне: “серед депресивних (тривожно-депресивних) розладів у пацієнтів загальносоматичної мережі виявлено переважання тривожного, астенічного, та дисфоричного типу; “за провідним соматизованим симптомом комплексом депресивні розлади у пацієнтів амбулаторної загальносоматичної мережі виявлені наступні варіанти: алгічний (цефалічний, кардіалгічний, абдомінальний, суглобний та ін.), діенцефальний та агрипнічний; “до особливостей пацієнтів з невротичними та обсесивно-компульсивними розладами віднесено їх етапність, а саме початковий етап при безпосередньому зіткненні пацієнта із психотравмою та етап певної інтерпретації подій, що знижує гостроту сприйняття психотравми; “клінічно-психопатологічними особливостями невротичних і обсесивно-компульсивних станів у пацієнтів загальносоматичної амбулаторної мережі є: емоційна напруга, зниження настрою, тривога, страх, реакції здивування, розчарування та образи у чоловіків та зниження настрою, плаксивість, реакції самобичування, схильність до хвилювання, розгубленість у жінок; “особливістю виникнення та перебігу органічних афективних, тривожних та емоційно лабільних розладів виявлена їх обумовленість, у більшості випадків, наявністю цереброваскулярної патології у пацієнтів. Клінічні прояви психічних порушень в таких випадках були стійкими, важкокурабельними, притаманними, здебільшого, особам літнього віку; “пацієнти, залежні від психоактивних речовин, в більшості випадків, крім стійких розладів гіпопсихотичного рівня, мали «прямі» психічні симптоми, а саме: розлади сприйнят-

тя; специфічні порушення мислення; порушення когнітивних функцій; загальна дисоціація психічної діяльності. Кожний із зазначених симптомів у рамках опійної наркоманії, алкоголізму мав специфічні клінічні прояви, що відрізняли його від аналогічних симптомів при розладах ендogenous рівня; “ виявлено, що зв’язок між соматичною та психічною патологіями є мультифакторним, складним та представлений психічним розладом як наслідок соматичного захворювання, психологічної реакції на соматич-

не захворювання (нозогенія), побічних ефектів терапії соматичного захворювання (наприклад, при лікуванні бета-адреноблокаторами), самостійне коморбідне захворювання; “ серед патогенетичних механізмів і закономірностей розвитку психічних і соматичних розладів виявлено стресові впливи, які ініціюють виникнення дисфункціональних вегетативних зрушень, переважно сімпатикотонічних, неспецифічних, але східних на початкових етапах розвитку і психічного, і соматичного захворювання.

Таблиця 2

Структура та ступінь вираженості психопатологічних синдромів у досліджених хворих

Синдром	Ступінь вираженості												Всього		
	легкий			помірний			виражений			значно виражений					
	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m
Стурбованість соматичними відчуттями	8	14,8	3,6	16	29,6	4,6	18	33,3	4,7	12	22,2	4,2	54	4,1	2,0
Тривога	15	22,7	4,2	17	25,8	4,4	20	30,3	4,6	14	21,2	4,1	66	5,0	2,2
Відчуття провини	15	27,8	4,5	18	33,3	4,7	14	25,9	4,4	7	13,0	3,4	54	4,1	2,0
Напруга	23	21,5	4,1	23	21,5	4,1	29	27,1	4,4	32	29,9	4,6	107	8,1	2,7
Манерність й поза	12	18,5	3,9	18	27,7	4,5	21	32,3	4,7	14	21,5	4,1	65	4,9	2,2
Депресія	6	8,0	2,7	25	33,3	4,7	33	44,0	5,0	11	14,7	3,5	75	5,7	2,3
Рухова загальмованість	6	10,7	3,1	10	17,9	3,8	18	32,1	4,7	22	39,3	4,9	56	4,2	2,0
Некооперативність	7	9,5	2,9	16	21,6	4,1	26	35,1	4,8	25	33,8	4,7	74	5,6	2,3
Думки з незвичайним змістом	12	11,8	3,2	24	23,5	4,2	28	27,5	4,5	38	37,3	4,8	102	7,7	2,7
Дезорієнтація	3	10,0	3,0	8	26,7	4,4	12	40,0	4,9	7	23,3	4,2	30	2,3	1,5
Труднощі концентрації уваги	15	13,0	3,4	30	26,1	4,4	37	32,2	4,7	33	28,7	4,5	115	8,7	2,8
Зниження розважливості й усвідомлення хвороби	5	3,4	1,8	44	30,3	4,6	53	36,6	4,8	43	29,7	4,6	145	11,0	3,1
Волеві порушення	5	5,7	2,3	31	35,6	4,8	30	34,5	4,8	21	24,1	4,3	87	6,6	2,5
Недостатність контролю імпульсів	3	3,0	1,7	25	24,8	4,3	38	37,6	4,8	35	34,7	4,8	101	7,7	2,7
Відчуженість від реальності	2	5,4	2,3	8	21,6	4,1	13	35,1	4,8	14	37,8	4,8	37	2,8	1,7
Соціальна активність	6	4,0	2,0	35	23,2	4,2	60	39,7	4,9	50	33,1	4,7	151	11,4	3,2
Частка від загальної сукупності	10,8			26,4			34,1			28,7			100,0		

Аналіз змісту та ступеню виразності психопатологічних синдромів у досліджених хворих (табл. 2) показав, що серед загальних психопатологічних синдромів у пацієнтів переважали зниження соціальної активності (11,4±3,2%) та розважливості й усвідомлення хвороби (11,0±3,1%), труднощі концентрування уваги (8,7±2,8%), напруга (8,1±2,7%) (p<0,05).

За ступенем виразності психопатологічні синдроми мали стійку зростаючу динаміку розподілу від легких (10,8%) до значно виражених (28,7%) з переважанням вираженого або значно

вираженого ступеню з усієї сукупності встановлених синдромів.

Встановлено, що волеві порушення та недостатність контролю імпульсів ставали перешкодою до повноцінного функціонування хворих у суспільстві, а саме, трудової діяльності (p<0,001). В свою чергу, стурбованість соматичним станом та депресія у осіб у віці 30–50 рр. призводили до рентного способу проживання за рахунок родичів (p<0,001).

В цілому, психопатологічні прояви обумовлювали порушення режиму прийому ліків сома-

тичного захворювання, впливали на зниження ефективності лікування ($p < 0,001$), зменшуючи тривалість ремісії соматичного захворювання та якість життя пацієнтів ($p < 0,001$).

Виходячи із мети та завдань дослідження, нами проведено оцінювання тісноти зв'язку (взаємовпливу) між психопатологічними показниками та провідними (чутливими) показниками здоров'я та функціонування пацієнтів (табл. 3)

Із даних табл. 3 видно, що, як рівень тісноти зв'язку між показниками, так й рівень внутрішньої чутливості показників усіх трьох груп були под-

ібними. Тобто, можна зазначити, що між досліджуваними психопатологічними показниками та провідними (чутливими) показниками здоров'я та функціонування пацієнтів в усіх трьох групах існували однакові механізми. Можна зазначити, що незважаючи на відношення до різних нозологічних категорій (неврологічна, кардіологічна, гастроентерологічна групи), для впливу на подолання патологічної дії даних механізмів у пацієнтів загальносоматичного профілю, необхідна комплексна спрямованість медикаментозної терапії у вигляді спеціалізованої психофармакотерапії.

Таблиця 3

Зв'язок між психопатологічними показниками та провідними (чутливими) показниками здоров'я та функціонування пацієнтів

Показники	Рівень тісноти зв'язку між показниками			Рівень внутрішньої чутливості показників		
	Складові компоненту блоку			Складові компоненту блоку		
	А	Б	В	А	Б	В
Соціальні	**	**	***	**	**	***
Демографічні	**	**	***	**	**	***
Об'єктивні критерії стану здоров'я	**	**	***	**	**	***
Загальні відомості	*	**	***	***	**	*
Психіатричний статус	*	**	***	***	**	*
Психологічний статус	*	**	***	*	*	***
Наркологічний статус	*	**	***	*	**	***
Вегетативні розлади	*	**	**	*	*	**
Соматичний статус	***	**	*	***	**	*
Неврологічний статус	**	*	***	***	**	*
Коморбідний статус	***	***	***	**	**	**
Ускладнення	**	***	***	***	**	*

Примітка: 1. Значущість показника за впливом: * – незначний; ** – значний; *** – дуже значний; 2. Тіснота кореляційних зв'язків від 0,6 до 0,9 та вище; А - неврологічна група, Б - кардіологічна група; В - гастроентерологічна група.

Заключним етапом вивчення провідних (значущих) психопатологічних показників стало їх ранжування у структурній моделі зв'язків між показниками за блоками (соціально-демографічний, діагностичний, клініко-психопатологічний) із розрахунками достовірності можливості їх застосування (табл. 4).

Із даних табл. 4 видно, що відібрані показники за статистичною значимістю у структурній моделі зв'язків між показниками у пацієнтів за-

гальносоматичної мережі в цілому повно охоплювали усі біопсихосоціальні складові, які «здіяні» при комплексному аналізі розвитку хворобливого процесу. Слід зазначити що за блоками-компонентами серед соціально-демографічних, клініко-діагностичних та психологічних, соматичних та терапевтичних параметрів встановлено достовірний кореляційний зв'язок щодо міжкомпонентного впливу ($p < 0,01$). Проте виявлено, що клініко-діагностичні та психологічні

параметри, а саме об'єктивні критерії стану здоров'я, загальні відомості, психічний статус, психологічний стан, наркологічний статус та вегетативні розлади мали більш вагомий істотний вплив як друг на друга між собою, так й на структуру моделі в цілому ($p < 0,05$). У свою чергу, соматичні та терапевтичні параметри, а саме соматичний, неврологічний та коморбідний статус, маючи мінливий вплив на структуру моделі, мали більш тісний зв'язок із соціально-демографічними параметра-

ми. Таким чином, можна зазначити, що у пацієнтів загальносоматичної мережі виявлений чіткий зв'язок між соматичним розладом та віковими та соціальними умовами існування. Даний зв'язок обов'язково повинен враховуватися лікарями первинної медичної мережі при призначенні психофармакотерапії, так як, наприклад, у пацієнтів старшого віку терапія психотропними препаратами повинна враховувати їх загальносоматичний стан (можливість виникнення ускладнень).

Таблиця 4

Структурна модель зв'язків між показниками у пацієнтів загальносоматичної мережі

Компонент	Аналіз		
	SD	F	P
Соціально-демографічні параметри			
Соціальні	23,53	3,108697	0,321547
Демографічні	28,50	2,527856	0,220378
Клініко-діагностичні та психологічні параметри			
Об'єктивні критерії стану	61,58	2,672509	0,37234
Загальні відомості	67,02	1,271945	0,305987
Психіатричний статус	65,98	2,613566	0,382567
Психологічний статус	35,90	1,351741	0,229123
Наркологічний статус	20,92	3,412822	0,226543
Вегетативні розлади	15,91	2,412232	0,226356
Соматичні та терапевтичні параметри			
Самотичний статус	32,79	2,785765	0,208457
Неврологічний статус	68,90	2,613644	0,382245
Коморбідний статус	31,59	4,630586	0,215654
Ускладнення	19,50	3,530858	0,153245
χ^2	18,29458	F критичне	5,2564568
Критичне значення χ^2	19,30095	df	2

Примітки: SD – стандартна похибка; F – критерій Фішера; F критичне – критичне значення розподілу Фішера; df – число ступенів свободи у дисперсійному аналізі; P – ймовірність помилки першого роду; χ^2 – розрахункове значення критеріального розподілу хі-квадрат.

З метою встановлення наявності патопсихологічного підґрунтя до формування психопатологічної афективної симптоматики було проведено психодіагностичне дослідження з використанням методики самооцінки тривоги Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна.

Розподіл досліджуваних за рівнем особистісної тривожності за методикою діагностики самооцінки Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна відображено у рис. 1.

При вивченні наявності патопсихологічного підґрунтя до формування психопатологічної

афективної симптоматики (рис.3.1.) встановлено відносно конгруентний розподіл вираженості особистісної тривожності (методика Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна) у пацієнтів усіх трьох груп (низький рівень: 21,0% пацієнтів неврологічної групи, 19,0% осіб кардіологічної, 22,0% – гастроентерологічної груп; помірний рівень: 34,0% – 18,0% – 32,0%, відповідно; високий: 45,0% – 63,0% – 46,0%, відповідно). Така ситуація, на наш погляд, свідчила, з одного боку про єдиний загальний механізм виникнення тривожних розладів у пацієнтів амбулаторних за-

гально соматичних установ, а з іншого – про відсутність соматозологічної специфічності

при наданні спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам первинної медичної мережі.

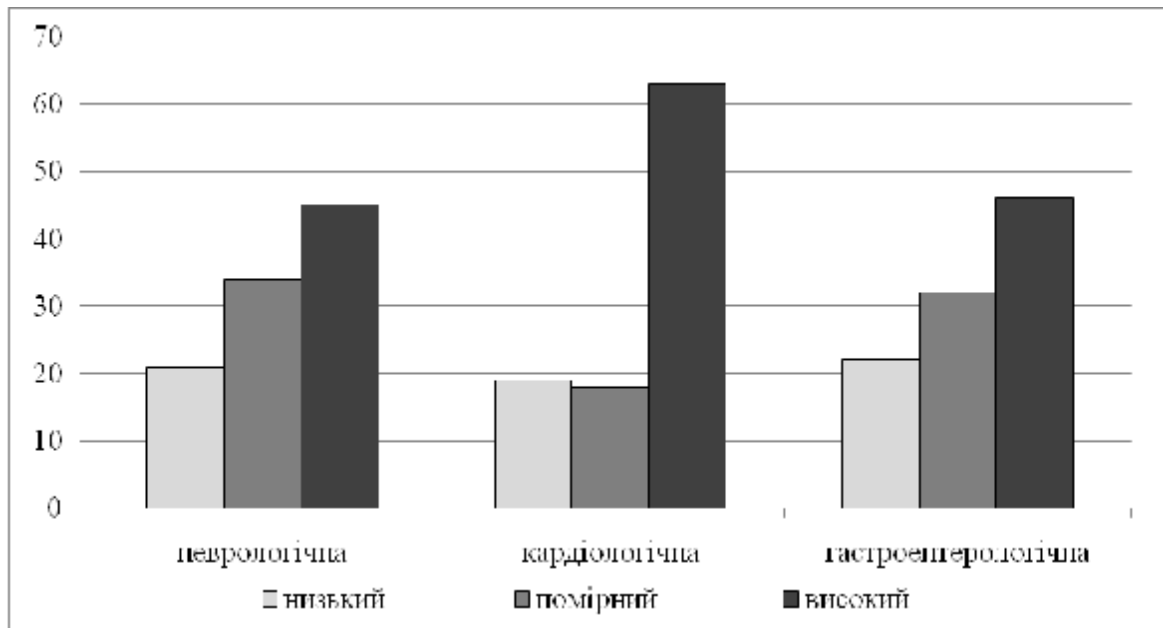


Рис. 1. Розподіл досліджуваних за рівнем особистісної тривожності (методика Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна), у %

За структурною характеристикою тривожності встановлено, що пацієнтам із кардіологічними розладами та помірною особистісною тривожністю були властиві завищений акцент на себе у зовнішньої вимогливості ($p < 0,05$), категоричності ($p < 0,05$), змістовному осмисленні діяльності ($p < 0,05$). Пацієнтам із неврологічними розладами із помірною тривожністю були властиві знижена активність ($p < 0,001$), порушення мотивації до діяльності ($p < 0,001$), порушення зацікавленості ($p < 0,001$), послаблення відповідальності у прийнятті рішення ($p < 0,001$). Досліджувані гастроентерологічної групи із помірною тривожністю були схильні сприймати дії навколишніх як погрозу своїй самооцінці, компетенції й престижу ($p < 0,001$).

Виходячи із виявлених механізмів розвитку тривожності за ступенем вираженості та встановленої її структурної характеристики досліджено розподіл пацієнток за середньо-групо-

вим показником реактивної та особистісної тривожності (методика Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна). Розподіл досліджуваних за середньо груповим показником реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності відображено у табл. 5.

За результатом аналізу представлених даних у табл. 6, виявлено, що в цілому у міжгруповому аналізі розподілу рівню реактивної та особистісної тривожності досліджених пацієнтів встановив, що для пацієнтів неврологічної групи була більш властива висока реактивна (ситуаційна) тривожність – 59,0% випадків (із середнім балом 72), для пацієнтів кардіологічної групи – висока особистісна тривожність – 63,0% осіб (із середнім балом 69), а для пацієнтів гастроентерологічної групи – високий рівень як особистісної “ 46,0% пацієнтів (з середнім балом 68), так і реактивної тривожності “ 51,0% випадків (з середнім балом 70).

Таблиця 5

Розподіл досліджуваних за середньо груповим показником реактивної та особистісної тривожності (методика Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна)

Висока тривожність (31 та > балів)	Групи		
	Неврологічна	Кардіологічна	Гастроентерологічна
	% ±m	% ±m	% ±m
Реактивна (ситуаційна)	59,0	48,0	51,0
Особистісна	45,0	63,0	46,0

Примітка. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,001$.

В цілому у досліджених усіх трьох груп при високому рівні особистісної і реактивної тривожності діагностувалася схильність до появи стану тривоги у ситуаціях оцінки власної компетентності ($p < 0,05$) із високою суб'єктивною значущістю ситуації, зниженою здатністю осмислення діяльності й дезадаптуючим почуттям невпевненості в успіху. В цілому у досліджених пацієнтів спостерігалася висока реактивна тривожність у неврологічній групі щодо власного стану здоров'я, яка викликала порушення уваги ($p < 0,05$), а іноді порушення тонкої координації ($p < 0,05$). У свою чергу, висока особистісна тривожність у кардіологічній групі корелювала з наявністю невротичного конфлі-

кту ($p < 0,05$), з емоційними ($p < 0,05$) й невротичними зривами ($p < 0,05$), психосоматичними захворюваннями ($p < 0,05$). У гастроентерологічній групі реактивна та особистісна тривожність у помірному рівні характеризувалися зміною стану уваги ($p < 0,05$).

Оцінку ступеню вираженості депресивної та тривожної симптоматики у пацієнтів загальносоматичної мережі здійснено за допомогою об'єктивних клінічних шкал Гамільтона (HDRS) та (HARS). За шкалою депресії Гамільтона (HDRS) оцінка тяжкості депресії класифікувалася як малий та тяжкий депресивний епізод. Розподіл досліджуваних пацієнтів за рівнем депресії за шкалою Гамільтона (HDRS) відображено у рис. 2.

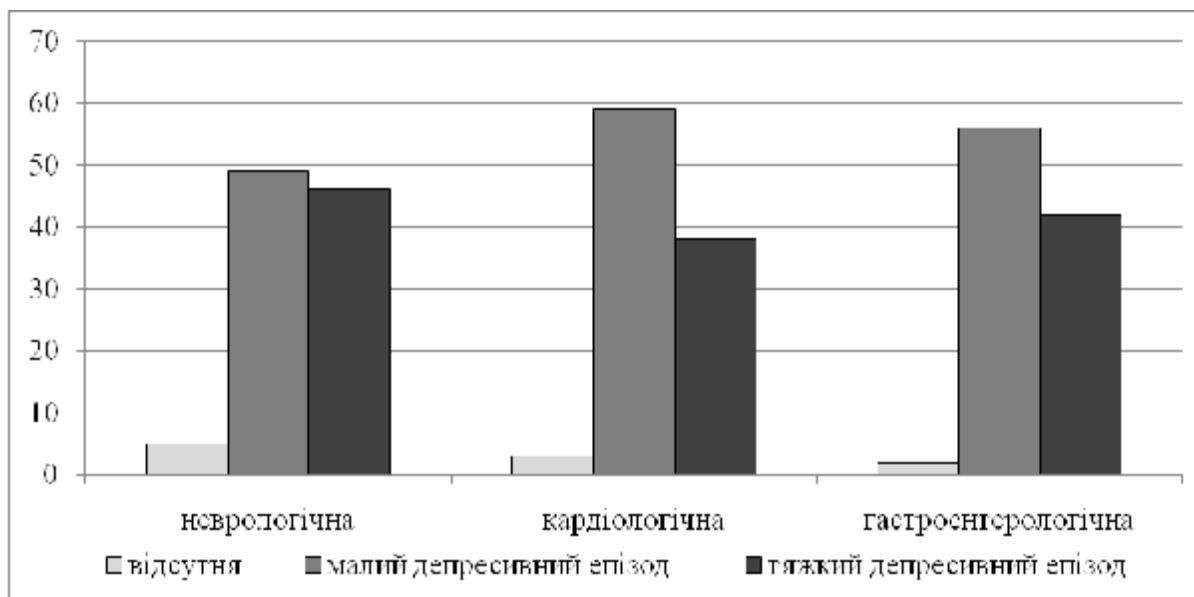


Рис. 2. Розподіл досліджуваних пацієнтів за рівнем депресії (шкала Гамільтона, HDRS), %

З даних рис. 2, видно, що, в цілому, відсутність ознак депресії діагностована у 5,0% – 3,0% – 2,0% пацієнтів, відповідно (середній бал 4,5 – 4,5 – 5,5); депресія на рівні малого депресивного епізоду була притаманна 40,0% – 59,0% – 56,0% пацієнтів, відповідно (середній бал 13,5 – 15,0 – 16,0); тяжкий депресивний епізод діагностовано у 46,0% – 38,0% – 42,0% осіб, відповідно (середній бал 36 – 22 – 24). Таким чином, можна зазначити що за об'єктивним показником визначення депресивного стану розподіл досліджуваних пацієнтів усіх трьох груп є відносно однаковим як у баловому, так й у відсотковому вираженні. У рамках дослідження структури зустрічальності симптомів нами досліджено їх міжгруповий розподіл серед досліджуваних пацієнтів. Розподіл діагностованих симптомів депресії за шкалою Гамільтона

(HDRS) у досліджуваних пацієнтів відображено у табл. 6.

За результатами міжгрупового кореляційного аналізу (табл. 6), відібрані показники, у яких рівень достовірності взаємозв'язку більш 0,001, тобто, відокремлено основні значущі показники (за частотою зустрічаємості симптомів у обох групах), які були враховані в подальшому при розробці комплексної системи терапії психічно хворих в рамках організаційної моделі «інтегрованої допомоги» для амбулаторних загальносоматичних установ та оцінки їх ефективності у динаміці. Так, у пацієнтів усіх трьох підгруп переважали психічна тривога, соматична тривога, соматичні порушення шлунково-кишкового тракту, іпохондричні розлади, втрата ваги, добові коливання стану, obsesивно-компульсивні розлади.

Розподіл діагностованих симптомів депресії за шкалою Гамільтона (HDRS) у досліджених пацієнтів

Симптоми	Підгрупи								
	Неврологічна			Кардіологічна			Гастроентерологічна		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Знижений настрій	25	2,5	1,6	24	2,4	1,5	21	2,1	1,4
Почуття провини	24	2,4	1,5	23	2,3	1,5	26	2,6	1,6
Суїцидальні тенденції	9	0,9	0,9	8	0,8	0,9	9	0,9	0,9
Труднощі при засипанні	26	2,6	1,6	25	2,5	1,6	27	2,7	1,6
Безсоння	33	3,3	1,8	34	3,4	1,8	32	3,2	1,8
Ранкове пробудження	34	3,4	1,8	33	3,3	1,8	31	3,1	1,7
Праця та діяльність	34	3,4	1,8	24	2,4	1,5	26	2,6	1,6
Загальмованість мислення	25	2,5	1,6	57	5,6	2,3	58	5,8	2,3
Збудження	13	1,3	1,1	12	1,2	1,1	11	1,1	1,0
Психічна тривога	76	7,7	2,7	78	7,7	2,7	76	7,6	2,7
Соматична тривога	79	8,0	2,7	78	7,7	2,7	76	7,6	2,7
Соматичні порушення ШКТ	86	8,7	2,8	85	8,4	2,8	83	8,3	2,8
Загально соматичні симптоми	79	8,0	2,7	78	7,7	2,7	76	7,6	2,7
Розлади сексуальної сфери	5	0,5	0,7	6	0,6	0,8	5	0,5	0,7
Іпохондричні розлади	87	8,8	2,8	84	8,3	2,8	83	8,3	2,8
Втрата ваги	87	8,8	2,8	88	8,7	2,8	87	8,7	2,8
Відношення до власного захворювання	78	7,9	2,7	79	7,8	2,7	78	7,8	2,7
Добові коливання стану	82	8,3	2,8	81	8,0	2,7	82	8,2	2,7
Деперсоналізація та дереалізація	15	1,5	1,2	14	1,4	1,2	15	1,5	1,2
Маячні розлади	18	1,8	1,3	17	1,7	1,3	16	1,6	1,3
Обсесивно-компульсивні	78	7,9	2,7	81	8,0	2,7	81	8,1	2,7
Всього	993		100,0	1009		100,0	999		100,0

Примітка. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,05$.

В цілому, досліджувані усіх трьох підгруп вказували на наявність почуття провини у вигляді самозвинувачення; суїцидальні висказування; безсоння (неможливість заснути у ночі, неспокійний сон у продовж ночі, ранкове пробудження); втрата інтересу до діяльності у вигляді апатії; загальмованість у бесіді, ажитації “ неспокійних рухів руками ($p < 0,001$). Також складовими розладів були роздратованість, підвищення серцебиття, задишка, підвищене потови-

дління, загальносоматичні симптоми “ тяжкість у кінцівках, голові, м’язові болі, втрата відчуття енергії ($p < 0,001$).

Оцінюванням глибини тривожного розладу за шкалою Гамільтона (HARS) виявлено, що в цілому для досліджуваних пацієнтів виявився характерним конгруентний його розподіл (рис. 3). Так, субклінічна тривога була притаманна для 21,0% пацієнтів неврологічної групи, 23,0% – кардіологічної та 22,0% – гастроентерологічної; три-

вожний стан виявився характерним для 34,0% – 33,0% – 35,0% хворих (середній бал 17 – 17 – 19), відповідно, а власне тривожний розлад діагностовано у 45,0% – 44,0% – 43,0% осіб (середній бал 28 – 48 – 47), відповідно. Таким чи-

ном, у пацієнтів усіх груп встановлена тенденція до суб'єктивного перебільшення в оцінці свого тривожного стану, що було встановлено при об'єктивізації вираженості психопатологічної тривожної симптоматики ($p < 0,05$).

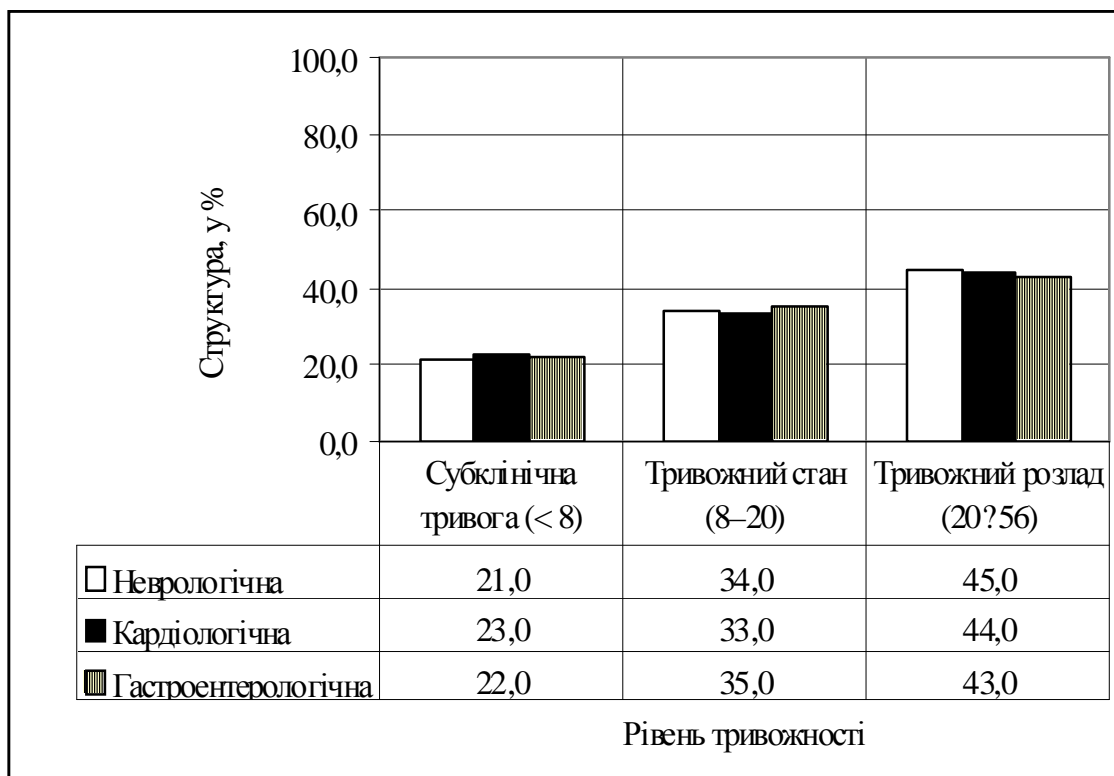


Рис. 3. Розподіл досліджуваних пацієнтів за рівнем вираженості тривоги (шкала Гамільтона, HARS), %

Враховуючи вищевикладене, з метою виявлення провідних симптомів тривожного стану та тривожного розладу було досліджено їх структура та зустрічальність. Розподіл діагностованих симптомів тривоги за шкалою Гамільтона (HARS) у досліджених пацієнтів відображено у табл. 7.

З даних табл. 7 видно, що, в цілому, серед усіх досліджених за підгрупами симптоми тривоги розподілилися «рівномірно». У досліджуваних серед перемінних переважали «психічні» симптоми над «соматичними» симптомами тривоги, а саме: тривожний настрій ($p < 0,001$), напруга ($p < 0,001$), страх ($p < 0,001$), інсомнія ($p < 0,001$). Дані «психічні» симптоми за ступенем вираженості були рівномірні із симптоми «соматичного» радикалу, як серед пацієнтів у середині досліджуваних груп, так й у порівнянні між групами досліджуваних.

Наступним етапом у дослідженні стало вивчення стану афекту за шкалою Монтгомері-Асберг (MADRS). Шкала MADRS для оцінки депресії повністю відповідає поставленим цілям нашого дослідження. MADRS враховує усі основні симптоми депресії. По надійності оцінки

MADRS еквівалентна HDRS, при цьому MADRS точніше реєструє динаміку стану, ніж HDRS, а значимі розходження між методами терапії можуть бути зафіксовані на вибірці меншого обсягу, що з етичної точки зору є більшою перевагою при проведенні досліджень. Отримані внаслідок результатів дослідження дані відображено у табл. 8.

З даних табл. 8, видно, що депресивна симптоматика, по вираженості сягаючи ступеня легкого депресивного епізоду й більше, спостерігалася в пацієнтів усіх трьох підгруп. Стан найбільшої кількості обстежених в усіх підгрупах відповідав критеріям легкого депресивного епізоду (60,3% в неврологічній, 56,3% – в кардіологічній, 60,3% – у гастроентерологічній, відповідно). Середній бал у рамках легкого депресивного епізоду склав в неврологічній підгрупі 19,6 балів, у кардіологічній “ 20,5 балів, у гастроентерологічній “ 21,7 балів. Кількість осіб із субклінічним рівнем депресивної симптоматики в усіх підгрупах склала, відповідно, 19,8% – 21,9% – 19,8 % із середнім балом, відповідно, 12,7 – 7,1 – 11,5 балів. Кількість виявлених випадків,

що відповідали критеріям помірною депресивного епізоду, у підгрупах дослідження склали (11,9 % – 13,3 % – 12,1 %). Досліджувані із депресивною симптоматикою, що відповідала критеріям важкого депресивного епізоду склали, відповідно “ 7,9 % – 8,6 % – 7,8 %.

ресивною симптоматикою, що відповідала критеріям важкого депресивного епізоду склали, відповідно “ 7,9 % – 8,6 % – 7,8 %.

Таблиця 7

Розподіл діагностованих симптомів тривоги за шкалою Гамільтона (HARS) у досліджених пацієнтів

Симптоми	Підгрупи								
	Неврологічна			Кардіологічна			Гастроентерологічна		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Тривожний настрій	67	6,5	2,5	91	8,0	2,7	93	8,2	2,7
Напруга	71	6,9	2,5	88	7,8	2,7	88	7,8	2,7
Страх	69	6,7	2,5	89	7,9	2,7	89	7,9	2,7
Інсомнія	76	7,4	2,6	94	8,3	2,8	97	8,6	2,8
Інтелектуальні порушення	76	7,4	2,6	56	4,9	2,2	56	4,9	2,2
Депресивний настрій	73	7,1	2,6	78	6,9	2,5	74	6,5	2,5
Соматичні м'язикові	78	7,6	2,7	75	6,6	2,5	75	6,6	2,5
Соматичні сенсорні	72	7,0	2,6	78	6,9	2,5	78	6,9	2,5
Серцево-судинні симптоми	73	7,1	2,6	95	8,4	2,8	98	8,7	2,8
Респіраторні симптоми	73	7,1	2,6	78	6,9	2,5	72	6,4	2,4
Гастроінтестинальні симптоми	75	7,3	2,6	76	6,7	2,5	78	6,9	2,5
Сечостатеві симптоми	75	7,3	2,6	91	8,0	2,7	91	8,0	2,7
Вегетативні симптоми	72	7,0	2,6	68	6,0	2,4	68	6,0	2,4
Поведінка при огляді	73	7,1	2,6	76	6,7	2,5	75	6,6	2,5
Всього	1023	100,0		1133	100,0		1132	100,0	

Примітка. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,05$.

Таблиця 8

Ступінь вираженості депресивної симптоматики у досліджених (за шкалою MADRS)

Вираженість депресивного епізоду, у балах	Підгрупа					
	Неврологічна		Кардіологічна		Гастроентерологічна	
	%	± m	%	± m	%	± m
Субклінічна симптоматика (< 16)	19,8	4,0	21,9	4,1	19,8	4,0
Легкий (16–25)	60,3	4,9	56,3	5,0	60,3	4,9
Помірний (26–30)	11,9	3,2	13,3	3,4	12,1	3,3
Тяжкий (> 30)	7,9	2,7	8,6	2,8	7,8	2,7
Всього	100,0	-	100,0	-	100,0	-

Наступним етапом у дослідженні стало вивчення змін інтелекту за допомогою інтелектуальної шкали Д. Векслера (тест WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) (табл. 9). Узагальнюючи представлені у табл. 3.9 дані можна зазначити, що при влученні загальних показників інтелекту в нормальний середній ранг, по деяким субтестам хворі демонстрували значно гірші, чим у нормі, результати. Самим складним для пацієнтів усіх груп вияви-

лося виконання субтесту «шифровка», що дозволило оцінити різні аспекти функції уваги «концентрацію, розподіл, перемикання й зорово-моторну координацію; а також субтесту «складання фігур», що показав здатність випробуваних формувати ідеальний еталон і співвідносити частини й ціле. Середні значення по цим субтестам в усіх трьох підгрупах були нижче нормативного середнього більш ніж на одне стандартне відхилення.

Таблиця 9

Середні значення сумарних оцінок у досліджених пацієнтів за шкалою Д. Векслера

Показник	Підгрупи					
	Неврологічна		Кардіологічна		Гастроентерологічна	
	С.б.	±m	С.б.	±m	С.б.	±m
Вербальний інтелект (VIQ)	66,7	4,5	68	2,3	64,8	4,1
1. Загальна поінформованість	12,9	5,6	13,1	3,5	12,3	2,3
2. Розуміння	11,0	3,4	12,1	3,6	11,5	2,4
3. Арифметика	9,0	3,3	9,3	3,3	9,4	3,4
4. Знаходження подібності	11,7	5,6	11,7	4,2	10,5	4,3
5. Запам'ятовування цифр	8,9	4,5	8,7	5,6	8,2	4,4
6. Словниковий запас	13,2	2,3	13,1	3,4	12,9	4,2
Невербальний інтелект (PIQ)	39,2	4,5	39,8	2,3	39,6	3,1
7. Шифровка	6,1	4,5	6,5	4,5	6,5	2,4
8. Відсутні деталі	11	3,4	11,2	3,4	11,2	3,5
9. Кубики Косса	8,9	2,3	8,5	3,6	8,4	4,6
10. Послідовні картинки	6,7	4,5	6,9	3,7	6,9	4,3
11. Збірка об'єкта	6,5	4,5	6,7	4,5	6,6	2,5
Загальний (IQ)	105,9	4,5	107,8	3,4	104,4	5,6

Результати оцінювання загальних показників когнітивного статусу хворих (вербальний, невербальний і загальний коефіцієнти інтелекту), виявилися в межах нормального рівня когнітивного функціонування. По окремим субтестам, що становлять вербальну частину шкали Д. Векслера, загально-групові показники навіть перевищували середні нормативні значення.

У стані загострення найбільш явне зниження досліджені пацієнти усіх трьох підгруп виявляли при виконанні завдання, що оцінювало різні аспекти функції уваги - концентрацію, розподіл, перемикання, а також зорово-моторну координацію (субтест «шифровка»). При цьому розкид

результатів виконання субтесту був найменшим у порівнянні з іншими завданнями. Виконання субтесту «шифровка» є індикатором функціонування робочої пам'яті, оскільки зачіпає процеси самоспостереження й вимагає підтримки зорово-моторного сканування.

При лікуванні найбільшою мірою позитивні зміни торкнулися аспектів невербального функціонування хворих. При цьому позитивна динаміка у виконанні субтестів невербальної частини шкали Д. Векслера була тим більше вираженою, чим важче був вихідний рівень симптоматики. Також хворі продемонстрували значиме поліпшення здатності до логічного узагальнен-

ня (субтесту вербальної частини шкали інтелекту Векслера «подібність»). У цілому виявляється, що при фармакогенній дії медикаментозного лікування та редукції психопатологічних порушень відбувається значне поліпшення таких проявів когнітивного функціонування, як зорово-моторна координація, здатність до інтеграції зорово-рухових стимулів і формування нових навичок, а також поліпшуються різні аспекти функції уваги. Також відмічено поліпшенням показників субтестів «подібність» (спрямована на виявлення й вимір здатностей до логічного узагальнення, виявленню загальних істотних ознак понять), «послідовні картини» (вимагає вміння організувати окремі частини значеннєвого сюжету в єдине ціле) і «складання фігур» (досліджує здатність пацієнта формувати ідеальний еталон і співвідносити частини й ціле). Узагальнюючи, можна зазначити, що аспекти когнітивної діяльності, які перетерпіли найбільші зміни в процесі терапії, у значній мірі чутливі до стану хворих. Дані аспекти пізнавальної діяльності, які виявилися стабільними й не залежними від зміни психічного стану хворих, імовірно, більшою мірою

характеризують індивідуальні особливості когнітивної діяльності пацієнтів.

Узагальнюючи результати оцінки клініко-психопатологічної структури психічних та поведінкових розладів у пацієнтів первинної медичної мережі можна зазначити наступне. Отримані нами результати свідчать про необхідність удосконалення існуючої системи надання спеціалізованої допомоги хворим первинної загальносоматичної мережі. На нашу думку, перспективним напрямком вирішення даної проблеми є створення денних психіатричних стаціонарів в поліклініках загальносоматичного профілю, що, з одного боку, відповідає вимогам концепції ВООЗ щодо раннього виявлення хвороб, а саме: захворювання, що виявляється, повинне мати велику медико-соціальну значимість; потрібно мати можливість діагностики латентної стадії; дослідження повинне бути прийнятним для населення; виявлення хворих необхідно зробити безперервним, а не епізодичним; повинна існувати можливість лікування виявленої хвороби, а з іншого, – сучасній стратегії реформування вітчизняної системи надання психіатричної допомоги.

В. А. Демченко

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

Городская психоневрологическая больница № 2, г. Киев

Путем анкетирования и скринингового изучения 2894 пациентов Центральной поликлиники двух из районов г. Киева, выявлено 816 пациентов с психическими расстройствами. На основании их исследования, установлена нозологическая структура, клинико-психопатологические и патопсихологические особенности психических расстройств, присущих пациентам амбулаторного звена общесоматической сети. Сделан вывод о необходимости интеграции психиатрической помощи в первичную медико-санитарную сеть. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 51-63).

V.A. Demchenko

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL CONTENTS OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN PATIENTS OF PRIMARY HEALTH NETWORK

City Psychoneurological Hospital № 2, Kiev

Through questionnaires and screening study in 2894 patients in Central Polyclinic one of the districts of Kiev, identified 816 patients with mental disorders. Based on their research, established nosological structure, clinical-psychopathological and pathopsychological characteristics of mental disorders inherent in patients outpatient somatic network were selected. The need to integrate mental health care into primary health care network was justified. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 51-63).

Література

1. World Bank. World development report: Investing in health. — Oxford, UK: Oxford University Press, 1993. — 189 p.
2. Desjarlais R. World mental health. Problems and priorities in low-income countries / R. Desjarlais, L. Eisenberg, B. Good, A. Kleinman. — NY: Oxford University Press, 1995. — 213 p.
3. Mental Health: A report of the surgeon general. — Rockville: US Department of Health and Human Services, 1999. — 89 p.
4. Walters K. Local area deprivation and urban-rural differences

in anxiety and depression among people older than 55 years in Britain / K. Walters, E. Breeze, P. Wilkinson [et al] // Am. J. Public Health. — 2004. — vol. Oct; 94 (10). — P. 1768 — 74.

5. Ustun T. B. Mental Illness in General Health Care: An International Study / T. B. Ustun, N. Sartorius. Chichester: Wiley, 1995. — 127 p.

6. Голдберг Д. Поширені психічні розлади: Біосоціальна модель / Д. Голдберг, П. Хаклі / Пер. з англ. — Київ: Сфера, 1999. — 141 с.

Поступила в редакцію 8.10.2010