



ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ АФЕКТИВНОГО РЕГІСТРУ У СТУДЕНТІВ З СЕРЦЕВО- СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

І. Д. Вашкіте

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Анотація. Розглядаються причини, методи діагностики та лікування депресивних розладів афективного реєстру у студентів ВНЗ із серцево-судинними захворюваннями. Вказується кількість обстежених та попередні діагностичні результати дослідження емоційної сфери студентів. Автор дає рекомендації з діагностики і лікування хворих з депресіями в системі первинної медичної ланки.

Ключові слова: депресія, студенти, серцево-судинні захворювання, первинна медична ланка, діагностика, лікування.

Вступ

На сучасному етапі розвитку суспільства серед загальномедичних проблем особливу актуальність набуває проблема патології афективної сфери, особливо тривожних і депресивних розладів. За даними ВООЗ, на сьогодні більш ніж у 110 млн осіб у світі — 3,00–6,00 % популяції — виявлені ті чи інші клінічно значимі прояви цих розладів. Аналогічна тенденція відзначається й в Україні.

Відомо, що 30,00 % хворих з соматичною патологією одночасно страждають і депресіями, але найбільш часто депресивні розлади супроводжують серцево-судинні захворювання (ССЗ), погіршуючи перебіг та прогноз ССЗ й істотно скорочуючи тривалість життя таких пацієнтів. Крім того, депресії є серйозним соціальним тягарем. Значно обмежуючи адаптаційні можливості людини, вони негативно впливають на його фізичну активність, трудову діяльність і, як наслідок, погіршують якість життя.

Зростаюча актуальність проблеми депресій обумовлена їх поширеністю, суттєвим впливом хвороби на якість життя та соціальне функціонування людини, а також найбільшим серед психічних розладів рівнем спричинених ними суїцидів. Усе це призводить до соціальних негараздів і економічних збитків.

За даними різних авторів, замасковані або соматичні депресії виявляються у 10,00–30,00 % хронічно хворих. Замасковані депресії характеризуються домінуванням у клінічній картині соматичних і вегетативних симптомів, при яких не виявляються органічні зміни. Одним з основних етіологічних факторів нейроциркуляторної дистонії є психічний стрес, ятрогенний синдром тривоги, неврастенічний, іпохондричний, фобічний, астеничний, істеричний, депресивний синдроми.

У той же час депресії на фоні захворювань серцево-судинної системи можуть кваліфікуватися терапевтами як нейроциркуляторні дистонії. Такий кардинальний симптом ендогенної депресії, як почуття предсердної туги складно диференціювати від нападу стенокардії. Досить типові ангінозні скарги (колючий, ниючий біль в області серця з іррадіацією в ліву руку або лопатку) можуть бути маскою ендогенної депресії. Больові симптоми осить типові для хворих з депресією (до 60,00 % випадків). Механізм розвитку болю (серотонін-ергічний дефіцит) пов'язаний з депресією. Такі симптоми соматичних розладів, як легенево-серцеві (тахікардія, аритмія, посилене серцебиття, відчуття «перебоїв» у роботі серця, гіпервентиляція, відчуття нестачі повітря) і вегето-неврологічні (тремор, гіпергідроз, холодні кінцівки), часто корелюють з афектом тривоги.

Симптоматичні депресії найбільш часто (40,00 % хворих) спостерігаються при ішемічній хворобі серця (ІХС). Поширеність депресій у постінфарктному періоді досягає 40,00–65,00 %, у 18,00–25,00 % випадків у таких хворих розвиваються важкі депресії, які тривають не менше року. У цієї категорії хворих значно підвищений рівень інвалідизації, суїциду, смертності. Так, великий депресивний розлад (ВДР) діагностується у 16,00 % хворих протягом перших 10 днів після гострого інфаркту міокарда (ГІМ). У той же час достовірно зростає смертність хворих від серцевої недостатності після ГІМ з депресією порівнянно зі смертністю хворих з серцевою недостатністю після ГІМ, але без депресії.

Метою цього дослідження було вивчення структури депресивних розладів різного генезу у студентів з серцево-судинними захворюваннями та розробка комплексної патогенетично обґрунтованої системи їх корекції.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети нами з позиції системного підходу було проведено комплексне обстеження 27 студентів з депресивними розладами афективного реєстру, в яких були діагностовані серцево-судинні захворювання.

У роботі був використаний комплекс методів дослідження, в який входили анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і математико-статистичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення

Клінічний аналіз показав, що порушення емоційної сфери у хворих на депресивний розлад афективного реєстру, які мають серцево-судинні захворювання в групі дослідження, структурувалися найбільш часто у вигляді таких проявів емоційних розладів: депресивний епізод у $51,35 \pm 8,20$ % і рекурентний депресивний розлад у $35,13 \pm 7,80$ % хворих.

Якісний аналіз дозволив визначити феноменологічну характеристику психічного стану студентів з депресивними розладами афективного реєстру, які мали серцево-судинні захворювання протягом 5 років навчання у ВНЗ.

При депресивних розладах афективного реєстру на основі проведеного дослідження було встановлено наявність загальних психопатологічних особливостей ендогенних депресій юнацького віку. До них, насамперед, належать виражений поліморфізм клінічної картини з незавершеністю, фрагментарністю, мінливістю психопатологічних симптомів і нечіткою оформленістю афективної тріади. Аналіз показав, що особливості депресивних станів у вивчених хворих та їх своєрідність слід пояснювати суттєвим внеском пубертатних психосоціальних чинників у їх формування, що призводить до виходу на перший план характерних для підлітково-юнацького віку когнітивних, поведінкових і соматовегетативних розладів, не тільки маскуючи їх депресивну основу, але і ускладнюючи правильне трактування окремих симптомів захворювання.

Так, при детальному аналізі структури юнацьких депресивних станів було визначено, що тільки в $15,30$ % хворих клінічна картина наближалася до характерної для пацієнтів зрілого віку типової меланхолійної депресії, все ж відрізняючись при цьому від останньої відсутністю гармонійно представленої «класичної» депресивної тріади.

У студентів, які страждають на серцево-судинні захворювання у структурі депресивного синдрому афективного реєстру, на-

самперед, звертає на себе увагу незначна вираженість власне тимічного компоненту. Як правило, у хворих переважало падіння життєвого тону, а основну фабулу їх переживань складали відчуття швидкої «розумової виснаженості», «неуважності», «морального безсилля», «моральної байдужості». Прояви таких ідеаторних розладів зазвичай переважали над типовими ознаками депресивного синдрому. Крім того, окремі хворі висловлювали ідеї самозвинувачення, власної неповноцінності, суїцидальні думки, що супроводжувалося переважанням вегетовісцеральних кризів, соматовегетативних порушень з боку серцево-судинної і дихальної системи ($67,20$ %). Відзначалися скарги на болі в області серця і прискорене серцебиття, посилене потовиділення, почервоніння шкірних покривів, тремор рук ($43,80$ %). У клінічній картині юнацьких депресій у хворих відзначалася метушливість, прискорена мова, рухове збудження і ажитація (раптус). При цьому тривога у деяких хворих відчувалася фізично (в грудях, голові), що дозволяло говорити про її вітальний характер. Крім того, у частини хворих спостерігалися добові коливання з найбільшою виразністю тривоги в другу половину дня. Вітальні розлади у студентів найчастіше виражалися скаргами на падіння «життєвого тону», «відсутність енергії» або на відчуття душевного дискомфорту. У низці випадків про це ж свідчили ідеї власної малоцінності, похмурої оцінки майбутнього, домінування спогадів про сумні та неприємні події життя, песимістичні роздуми про безцільність існування, з часом оформлювалися в систему метафізичного сверхцінного депресивного світогляду.

Іншою відмінною особливістю юнацьких депресій афективного реєстру була відносна рідкість ознак рухової загальмованості в клінічній картині. За суб'єктивними оцінками самих хворих в їх моториці з'являлася лише якась незручність, своєрідна «незграбність», скутість рухів. Значний ступінь моторної загальмованості, який проявлявся в уповільненому темпі рухів, мізерності міміки, скорботному, застиглому виразі обличчя, був зафіксований тільки в $14,50$ % цих пацієнтів.

Особливо слід зупинитися на особливостях ідеаторних порушень у хворих з серцево-судинними захворюваннями при юнацьких депресіях афективного реєстру, що займають в більшості з них домінуюче положення в клінічній картині. Ці розлади різної якісної структури виявлялися практично у всіх хворих. Поряд з цим симптомокомплексом хворих турбували порушення пам'яті та уваги, що також свідчило про загальмованість інтелек-

туальних процесів. Серед відмітних особливостей, властивих юнацьким ендogenous депресіям, слід відзначити також високу частоту особливих ідеаторних побудов, близьких до проявів, властивих пубертатним кризам. Так, в 16,30 % вивчених хворих спостерігалися розлади, що стосуються ціннісно-сислової сфери з домінуванням раціоналістичних роздумів про неминучість смерті, безглуздість навчання, роботи і взагалі існування, що сприяло формуванню особливого депресивного світогляду. В інших випадках надцінні утворення при юнацьких депресіях мали дисморфофобічну фабулу. Вона знаходила відображення в ідеях самозвинувачення й самознищення, часто мала зв'язок з сексуальними проблемами, супроводжуючись сенситивними ідеями відносин.

Патопсихологічне дослідження рівнів тривоги і депресії у обстежуваних проводилося нами за трьома шкалами: шкалою Гамільтона, шкалою Монтгомері–Асберга і самооцінною шкалою депресії А. Бека.

Проведене дослідження показало, що за шкалою Гамільтона у більшості студентів з депресивними розладами афективного реєстру з серцево-судинними захворюваннями достовірно присутні прояви тривоги і депресії ($72,00 \pm 8,90$ % і $92,00 \pm 5,40$ % — показники тривоги та депресії у жінок; $91,70 \pm 7,90$ % і $83,30 \pm 10,80$ % — відповідно, у чоловіків, $p < 0,05$).

При аналізі шкали Монтгомері–Асберга у більшості жінок були присутні клінічні прояви депресії ($92,00 \pm 5,40$ %), тоді як у чоловіків у $58,30 \pm 14,20$ % спостерігалася відсутність депресивної симптоматики.

За самооцінною шкалою депресії А. Бека у більшості обстежених нами жінок і чоловіків були присутні суб'єктивні прояви депресії ($92,00 \pm 5,40$ % у жінок і $83,40 \pm 7,90$ % у чоловіків). Субклінічні прояви депресії у жінок становлять $16,00 \pm 7,30$ % і $16,70 \pm 10,80$ % у чоловіків.

Гендерні відмінності у пацієнтів групи дослідження за суб'єктивними оцінками показали, що жінки оцінювали свій емоційний стан як важкий. У $24,00 \pm 8,50$ % випадків мали депресію середньої тяжкості та в $20,00 \pm 8,00$ % — важку депресію, що підтверджується об'єктивними дослідженнями — в $44,00 \pm 9,90$ % помірний показник депресії і в $28,00 \pm 8,90$ % показник важкого ступеня депресії за шкалою Гамільтона. Таким чином, у жінок виявлено збіг між самооцінкою і реальною клінічною психопатологічною картиною. У чоловіків показник депресії навпаки при суб'єктивній оцінці виявився вищим, ніж при об'єктивній діагностиці ($41,70 \pm 14,20$ % і $8,30 \pm 7,90$ % —

депресія середнього та важкого ступеня за самооцінною шкалою депресії А. Бека та $16,70 \pm 10,80$ % — відсутність депресивного епізоду і $50,00 \pm 14,40$ % — наявність малого депресивного епізоду за шкалою тривоги і депресії Гамільтона).

На підставі отриманих результатів нами розроблений і обґрунтований алгоритм психотерапії студентів з депресивними розладами афективного реєстру з серцево-судинними захворюваннями.

Для вирішення поставлених завдань були застосовані медикаментозні (антидепресанти нового покоління — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС)) і немедикаментозні методи (когнітивно-поведінкова терапія (КБТ) в модифікації А. Бека). Контрольна група водночас отримувала стандартну медикаментозну терапію (антидепресанти).

Психотерапія здійснювалася паралельно з прийомом препаратів і проводилася в три етапи.

Завдання першого (дидактичного) етапу — усвідомлення логіки хвороби та терапії.

Завдання другого (власне когнітивного) етапу — виявлення дезадаптивних «автоматичних» думок, які підтримують розчарованість, пригніченість.

Завдання третього (поведінкового) етапу — спеціальна стратегія, яка вчить самоповазі та формує позитивну мотивацію.

Когнітивна психотерапія найкраще зарекомендувала себе в лікуванні депресій, тривоги, фобій, панічних атак. В основі когнітивного підходу лежить твердження: «Емоції і поведінка людини визначаються тим, як вона оцінює світ». Тобто якщо в глибинах підсвідомості у людини є переконання «світ недружелюбний», то і його поведінка та емоції будуть відповідними.

Метою КБТ під час лікування депресивних порушень є зміна емоційного стану та настрою хворого завдяки раціонально-логічній переробці пацієнтом суб'єктивного погляду на себе і світ, що досягається раціональним переконанням лікарем пацієнта щодо необґрунтованості негативної та зниженої оцінки себе і своїх досягнень. Важливим є роз'яснення механізмів розвитку депресивних симптомів, щоб у хворого було чітке уявлення про власну хворобу, можливості терапевтичного втручання. Пацієнту надається інформація, що від його власних зусиль залежить його стан, він може впливати на власні емоції і настрої. Необхідно змінити хворобливе уявлення про власну безпорадність щодо себе і хвороби та безвиході з ситуації депресивного розладу і допомогти пацієн-

тові визначити позитивні фактори, на які він може спиратися під час подолання депресії.

КБТ для хворих на афективні розлади рекомендовано проводити в індивідуальному і груповому форматі. На першому етапі перевага надається індивідуальним формам роботи у формі психотерапевтичної бесіди, що необхідно для встановлення емоційного контакту з хворим. На перших сеансах пацієнту пояснюється взаємозв'язок думок, емоцій, поведінки на прикладі його власного досвіду. Далі він вчиться розпізнавати, відстежувати, фіксувати свої негативні думки в спеціальному «Щоденнику автоматичних думок». Після цього спільно з терапевтом записані автоматичні думки аналізуються і виявляються ірраціональні (неправильні та нелогічні). Спеціальними техніками роботи з автоматичними думками виявляються базові переконання. У ході всієї цієї роботи відповідальність за власний стан поступово передається в руки самого пацієнта. А до закінчення терапії пацієнт починає грати роль психотерапевта по відношенню до самого себе, самостійно піддаючи сумніву власні прогнози або висновки, вмівло проводячи їх корекцію.

КБТ при депресивних розладах афективного реєстру у студентів з серцево-судинними захворюваннями була спрямована на усунення мотиваційних, поведінкових і фізичних симптомів депресії. Пацієнту допомагали відновити здатність контролювати ситуацію, впоратися з нею, подолати почуття некомпетентності та безпорадності, перео-

цінити цілком звичайні життєві труднощі, які сприймалися як нестерпні, подолати втому та інертність. Важливу роль в одужанні грало спростування негативних очікувань і демонстрація моторної здатності.

Після періоду формування комплаєнтних відносин проводилося 14–16 сеансів когнітивно-біхевіоральної терапії протягом двох місяців, у студентів з вираженими сомато-вегетативними компонентами проводилося навчання техніці аутотренінгу (АТ) в модифікації Б. В. Михайлова.

У процесі катамнестичного дослідження було проведено контрольне тестування студентів групи дослідження та контрольної групи з афективними розладами, які страждають на серцево-судинні захворювання за самооцінною шкалою депресії А. Бека.

Таким чином, результати нашого дослідження дозволяють зробити такі **узагальнення**:

Застосування сформованої нами моделі психотерапії, побудованої за інтегративним принципом, показало її високу ефективність. Завдяки проведеному комплексному підходу в терапії депресивних розладів у студентів ВНЗ по завершенні курсу психотерапевтичних заходів спостерігалось підвищення рівня мотивації та інтересу до навчання, а також подальшому працевлаштуванню. У студентів було виявлено поліпшення когнітивної сфери, яке проявлялося у підвищенні концентрації уваги, поліпшенні пам'яті та стійкості до стресогенних факторів. Ефективність запропонованої моделі склала $85,00 \pm 2,50$ %.

Література

1. Артеменков А. А. Медико-гигиеническая характеристика здоровья студентов [Текст] / А. А. Артеменков, Е. Н. Останкина // Профилактическая медицина. – 2011. – № 5. – С. 17–20.
2. Бачериков А. Н. Клинико-психопатологические, патопсихологические особенности и принципы профилактики суицидального поведения у больных эндогенными и экзогенными депрессиями [Текст] / А. Н. Бачериков, М. М. Денисенко // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18. – № 4 (65). – С. 56–60.
3. Гавенко В. Л. Об актуальности и формах психогигиенической, психопрофилактической и психотерапевтической работы среди студентов медицинских вузов [Текст] / В. Л. Гавенко, Н. В. Георгиевская // Сучасні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження: нау-
- ково-практична конференція (XIV Платонівські читання): тези допов. – Х., 2011. – С. 20.
4. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні [Текст] / Н. О. Марута // Нейро News психоневрологія і нейропсихіатрія. – 2010. – № 5 (24). – С. 83–90.
5. Михайлов Б. В. Медико-психологическое сопровождение больных с патологией сердечно-сосудистой системы органического и функционального генеза [Текст] / Б. В. Михайлов, О. І. Кудинова // Український вісник психоневрології. – Х., 2012. – Т. 20. – № 3 (72). – С. 202.
6. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення [Текст] / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18. – № 3 (64). – С. 10–14.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА АФЕКТИВНОГО РЕГИСТРА У СТУДЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

И. Д. Вашките

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Рассматриваются причины, методы диагностики и лечения депрессивных расстройств аффективного регистра у студентов ВУЗов

DEPRESSIVE DISORDERS OF AFFECTIVE REGISTER IN STUDENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE

I. D. Vashkite

V. N. Karazin Kharkiv National University

We consider the causes, methods of diagnosis and treatment of depressive disorders of affective registers in high schools students with

с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Указывается количество обследованных и предыдущие диагностические результаты исследования эмоциональной сферы студентов. Автор дает рекомендации по диагностике и лечению больных с депрессиями в системе первичного медицинского звена.

Ключевые слова: депрессия, студенты, сердечно-сосудистые заболевания, первичное медицинское звено, диагностика, лечение.

cardiovascular disease. The author indicates the number of diagnostic examinations and preliminary results of emotional students. The author makes recommendations for diagnosis and treatment of depression in primary health level.

Key words: depression, students, cardiovascular disease, primary care link, diagnosis, treatment.

УДК 616.89-008:[616.714+616.831]-001

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

В. Е. Казаков

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Аннотация. Обследовано 437 лиц, которые перенесли ЧМТ, последствием которой стала психопатологическая симптоматика. Результаты исследования показали, что отдаленный период ЧМТ представлен разнообразными клиническими психопатологическими формами. При этом существует определенная этапность течения последствий ЧМТ. Уже на ранних этапах можно выделить предикторы неблагоприятного течения, которые приводят к нарушению функционирования больного.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, этапы, предикторы.

Введение

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) остается важнейшей проблемой современной медицины. Известно, что наиболее тяжелым последствием ЧМТ является диффузное аксональное повреждение с вторичной дегенерацией нервных клеток [1, 2]. Имеющиеся в настоящее время данные позволяют рассматривать прогрессирующие посттравматические психические расстройства как проявления возникающей после ЧМТ полисинаптической недостаточности [3, 4]. Ряд авторов [5] изучали нарушения секреции мелатонина при поведенческих и когнитивных расстройствах, возникающих в результате черепно-мозговой травмы (ЧМТ) у экспериментальных животных и человека. Существуют работы, подчеркивающие значимость иммунопатологического процесса, в том числе аутоиммунного воспаления, которое протекает непосредственно в мозговых структурах [6]. Однако до настоящего времени нет четкой систематизации этапов процесса, не указаны предикторы нарушения адаптации в результате черепно-мозговой травмы.

Целью данной работы является выявление этапности процесса последствий ЧМТ, а также предикторов нарушения адаптации.

Материалы и методы исследования

При обследовании 437 пациентов с психическими нарушениями в отдаленном перио-

де ЧМТ (основная группа) были тщательно изучены анамнез, психический и неврологический статусы. Использовался клиничко-психопатологический, психодиагностический метод, метод проточной цитометрии. Контрольную группу составили 172 пациента, не имеющие отдаленных последствий ЧМТ.

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов основной группы в 40,9 % случаев была выявлена перинатальная патология, в то время как в контрольной группе перинатальная патология отмечалась лишь в 19,3 % случаев. В грудном и раннем детском возрасте в 33,3 % отмечались явления невропатии, в то время как в контрольной группе явления невропатии наблюдались лишь в 12,1 % случаев. В препубертатном периоде у обследованных в 18,1 % были характерологические реакции активного протеста, в контрольной группе характерологические реакции активного (6,7 %) и пассивного (1,3 %) протеста отмечались достоверно реже, чем в основной. В пубертатном возрасте у некоторых подростков основной группы были реакции группирования со сверстниками и реакции эмансипации, которые отсутствовали у подростков контрольной группы. Однако в целом, обследуемые основной группы развивались без грубой психической, неврологической и соматической патологий.