

ТРИВОГА ЯК ОДНА З ФОРМ НЕВРОТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА МЕТОДИ ЇЇ ДІАГНОСТИКИ

Н. О. Рештакова

КЗОЗ «Обласна клінічна психіатрична лікарня м. Слов'янська»

У статті розглянуто питання тривоги як однієї з найперших психічних реакцій, яка впливає на розвиток та перебіг соматичних захворювань, та методи її діагностики.

ANXIETY AS ONE OF THE FORMS OF NEUROTIC DISEASES AND DIAGNOSTIC METHODS

N. O. Reshtakova

Sloviansk Regional Clinical Psychiatric Hospital

The article deals with the issues of anxiety, as the very first psychological reactions that affect the development of the somatic disease or precedes it and methods of diagnosis.

Вступ. Тривога – негативно забарвлена емоція, що виражає відчуття невизначеності, очікування негативних подій, важковизначені передчуття. Причини тривоги, зазвичай, не усвідомлюють, але вона запобігає участі людини в потенційно шкідливій поведінці, або спонукає її до дій з підвищення ймовірності благополучного завершення подій. Тривога дуже часто проявляється в людей, які хворіють на неврози [1]. Термін «невроз» був запропонований шотландським лікарем-психіатром Вільямом Кулленом у 1776 р. Спочатку до неврозів зараховували різні захворювання з нез'ясованою етіологією, наприклад епілепсію, розсіяний склероз, правець. Пізніше неврозами стали називати будь-які функціональні порушення нервової системи.

Особливо легко невроз виникає в психопатичних осіб та може розвинути в людини із сильною нервовою системою в разі великої інтенсивності або тривалості психотравмуючих чинників.

До основних форм неврозу належать:

- неврастенія;
- невроз нав'язливих станів;
- істерія.

Крім того, виділяють неврози:

- очікування;

- переляку;
- страху;
- рухові неврози;
- неврози органів [2].

Практично у всіх хворих, які обстежуються або отримують лікування, розвиваються різні прояви неврозу тривожного очікування. Вони з неспокоєм чекають на результат лікування. Деякі починають знаходити доступну інформацію і дізнаватися більше про виявлену в них хворобу.

Хворі з вираженими тривожними переживаннями практично завжди вивчають інструкції, які стосуються дії призначених ліків. Унаслідок своєї рідко-вості сприймання, зумовленого тривогою, вони надто емоційно реагують на дані про можливі побічні дії й ускладнення (які насправді виникають дуже рідко), чим знижують потенційну ефективність медикаментів, або навіть самонавіюють негативні наслідки їх застосування.

Ситуаційні реакції на психогенні тривожні стани проходять лише після успішного лікування основного захворювання, вирішення проблеми, яка викликає тривогу, або в тих випадках, коли хворий переоцінить свій стан, змириться з наявністю хронічного патологічного процесу та спрямує всі сили та енергію на адекватне лікування і реабілітацію [3].

Але, як тільки тривога стає довготривалою, вираженою за своєю інтенсивністю, порушує соціальне функціонування та викликає неприємні фізичні (соматичні) відчуття, можна говорити про тривогу як про розлад [4].

Основна частина. Тривога – психологічний або фізіологічний стан, який включає соматичний, емоційний, когнітивний та поведінковий компоненти [5].

До тривожних розладів належать:

- генералізований тривожний розлад;
- специфічні фобії;
- панічний розлад;
- соціальний тривожний розлад;
- агорафобія;
- obsесивно-компульсивний розлад;
- посттравматичний стресовий розлад.

Тривога може не мати конкретного змісту генералізованого тривожного розладу або проявлятися в певних ситуаціях (панічний розлад, агорафобія та ін.). Патологічна тривога проявляється як у когнітивній сфері (психічна тривога), так і в формі соматовегетативних порушень (соматична тривога). Симптоми комплексу тривоги виступають в ролі головних психопатологічних розладів і не зумовлені іншими психічними патологіями (галюцинаторно-маячними, афективними та іншими розладами) [6].

У тому випадку, якщо людина відчуває постійне занепокоєння, підвищену дратівливість і тривогу, то це може означати, що у неї генералізований тривожний розлад (ГТР) – виснажуючий, як з психологічної, так і з фізичної точки зору, стан. Це психічне захворювання з часом повністю позбавляє людину життєвої енергії, провокує безсоння, втрату апетиту і занепад сил.

При генералізованому тривожному розладі тривога і занепокоєння можуть зосереджуватися на потенційних майбутніх подіях, але вони не є пропорційними до того, що може відбуватися. Надмірне занепокоєння є головною особливістю ГТР і, ймовірно, психологічним

захистом, що дасть змогу відчути контроль над потенційними небезпечними подіями.

Соматичні прояви ГТР є звичайними, і саме вони, зазвичай, змушують хворого звернутися за допомогою до лікаря. Такі скарги, як м'язове напруження та біль, головний біль і біль у спині, проблеми з масою тіла, сном, стійке відчуття втоми є звичайними явищами та призводять до зниження працездатності та якості життя [7].

Оцінка стану пацієнта і діагноз залежать від того, який психічний статус встановив лікар. Для об'єктивізації та стандартизації оцінки психічного статусу використовують різноманітні шкали, тести й опитувальники. Найчастіше лікарі-психіатри використовують шкалу тривоги Гамільтона, яка дає змогу оцінювати стан хворого в динаміці. Найпростіша в роботі шкала HADS, її застосовують в соматичних стаціонарах із метою визначення рівня тривоги і депресії. Заповнення шкали не вимагає тривалого часу. Для діагностики генералізованого тривожного розладу використовують шкалу GAD-7, яка має 7 запитань та достатньо доступна для пацієнтів. Для осіб, які пережили різного роду психічні травми, найкраще застосовувати «коротку шкалу тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР)» або Міссісіпську шкалу ПТСР, яка створена на основі MMPI.

Висновки. Тривожні розлади дуже часто поєднуються з соматичними захворюваннями. Соматичні симптоми тривоги дуже схожі на клінічні прояви різних захворювань, що, в свою чергу, може призвести до труднощів ранньої діагностики та призначення правильного лікування.

Для спеціалістів соматичного профілю при первинній оцінці стану пацієнта необхідно звертати увагу на психологічний стан та для діагностики тривожних розладів використовувати опитувальники для подальшого визначення тактики лікування або направлення до лікаря-психіатра.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. URL : <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%B0>.

2. Погорєлов І. І. Медсестринство в психіатрії і наркології: підручник / І. І. Погорєлов, С. Ю. Сезін. – 3-тє вид. – К. : ВСВ «Медицина», 2018. – С. 184–185.

3. Чабан О. С. Медсестринство в психіатрії / О. С. Чабан. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2001. – 69 с.

4. Хаустова О. О. Психосоматичні маски тривоги / О. О. Хаустова // Український медичний часопис. – 2019. – № 4 (1).

5. Тревога: история сверхбеспокойных людей / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова, Е. Ю. Жабенко. – К., 2012. – 130 с.

6. Тиганов А. С. Психиатрия : научно-практический справочник; под ред. академика РАН А. С. Тиганова. – М. : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. – 608 с.

7. URL : <https://neuronews.com.ua/ua/issue-article-2279/Generalizovaniy-trivozhniy-rozlad#gsc.tab=0>.

Отримано 07.02.20