

Забылина Н. А.

СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У БОЛЬНЫХ СМЕШАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ И ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/1/2008/11/23.html

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по данному вопросу.

Источник

Альманах современной науки и образования

Тамбов: Грамота, 2008. № 11 (18). С. 65-67. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/1.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/1/2008/11/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: almanac@gramota.net

Психические симптомы больными в основном расценивались как следствие соматических симптомов и проблем со сном.

Выводы: Препаратами выбора для лечения тревожно-депрессивных состояний являются антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), поскольку СИОЗС имеют в своем спектре выраженные тимолептический и анксиолитический эффекты. В начале фармакотерапии целесообразно использовать также транквилизаторы или нейролептики, например, эглонил. Использование данных препаратов позволяет быстро облегчить состояние больных, снизить уровень тревоги, ипохондрической фиксации, улучшить сон. Краткосрочная когнитивно-поведенческая терапия наиболее эффективна при данных состояниях. Мишенями терапии являются тревожные ожидания, раздражительность, чувство вины, самооценка и т.д. Именно данные симптомы ответственны за рецидивы заболевания. В ходе же психотерапии терапии пациенты получают компенсационные навыки, которые позволяют им управлять их симптомами и проблемами более эффективно.

Т.о. учитывая сложный генез тревожно-депрессивных состояний, выраженную соматическую симптоматику, наиболее эффективным является комбинированная терапия: фармакотерапия и психотерапия.

Список использованной литературы

1. **Международная классификация болезней (10-й пересмотр):** Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Перевод на русский язык под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. - Санкт-Петербург: «АДИС», 1994. - 303 с.
2. **Ротштейн В. Г., Богдан М. Н., Суегин М. Е.** Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2005. - Т. 7. - № 2. - С. 32-43.
3. **Boyer W. F., Feighner J. P.** Utility of SSRIs in Anxious Depression // S. A. Montgomery and J. A. den Boer (Eds.). SSRIs in Depression and Anxiety. - John Wiley and Sons Ltd., 2001. - Second Edition. - P. 178-185.
4. **Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV).** - Washington: American Psychiatric Association, 1994. - 4th ed.
5. **Ferriman A.** Levels of Neurosis Remained Statistic in the 1990-s // British Medical Journal. - 2001. - Vol. 323. - P. 130.
6. **Strine T. W., Chapman D. P., Kobau R. et al.** Associations of Self-Reported Anxiety Symptoms with Health-Related Quality of Life and Health Behaviors // Social Psychiatry, Psychiatry, Epidemiology. - 2005. - Vol. 40. - № 6. - P. 324-325.
7. **Van Praag H. M.** Comorbidity (Psycho)Analysed // British Journal of Psychiatry. - 1996. - Vol. 168. - P. 129-134.
8. **World Health Organization. International Consortium in Psychiatric Epidemiology.** - Geneva: World Health Organization, 2000.

СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У БОЛЬНЫХ СМЕШАНЫМ ТРЕВОЖНЫМ И ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Забылина Н. А.

Новосибирский государственный медицинский университет

Актуальность: В России 6-7% населения страдает депрессивными и тревожными расстройствами [Ротштейн 2005: 8]. Распространенность же смешанного тревожного и депрессивного расстройства по данным А. Ferriman (2001) составляет: 12% - у женщин и 7% - у мужчин [Ferriman 2001: 12].

Все чаще типичные аффективные проявления депрессии и тревоги отодвигаются на второй план, уступая место соматическим, вегетативным, алгическим, функциональным и поведенческим эквивалентам [Сукиасян 2007: 10]. Депрессии, характеризуются невыраженностью, «стертостью», значительной представленностью соматических ощущений, фобических и ипохондрических, сверхценных образований [Воробьев 1989: 3]. Более чем у 2/3 больных депрессией выявляется боль разной интенсивности [Baig 2004: 11]. Наиболее часто встречаются пять видов боли: абдоминальная, головная, боль в спине, в груди и лицевые боли [Вознесенская 1998: 2; Гхайер 1997: 4; Holroyd 2000: 13; Lorenzo 2001: 14; Ulrich 1996: 15; Zakrzewska 2002: 16]. Различные соматические симптомы, сопровождают приступ тревоги в качестве его эквивалентов или как «маскированные» состояния тревоги. Часто эти симптомы замещают у пациента ощущение тревоги как таковой. «Соматизации» аффекта предрасполагает ряд конституциональных, приобретенных и внешних факторов, таких как психологический склад личности, особенности телесной чувствительности, длительность стресса, а также алекситимия [Аведисова 2004: 0]. Пациенты часто оценивают свое состояние как соматическое, а не психическое неблагополучие [Смулевич 1999: 9]. 62% лиц, страдающих депрессией, связывают ухудшение состояния не с психическим расстройством, а с нарушением функций внутренних органов и систем организма [Оганов 2004: 7]. Пациенты чаще считают тревогу вторичной по отношению к соматическим симптомам («стало страшно, что сердце остановится», «испугалась, что потеряю сознание»). Лишь менее 20% пациентов сами отмечают типичные для тревоги психологические симптомы - ощущение опасности, беспокойства, постоянного «планирования», сверхконтроля ситуации, «взвинченности» [Аведисова 2004: 0]. Выявляемость же депрессий осложняет и тот факт, что часто больным сложно выразить словами свое душевное состояние, поэтому они используют более привычную соматическую терминологию, т.е. описывают болевые или сенестопатические ощущения, при этом почти всегда подчеркивая их необычность и связь с эмоциональным состоянием (чаще всего тревожными или тоскливыми переживаниями). Более того, многие больные не осознают или не хотят говорить о своих психологических проблемах и на прямые вопросы о снижении настроения, тоске или тревоге отвечают отрицательно. В результате депрессия распознается только у одного из четырех пациентов, обратившихся за медицинской помощью, а адекватная терапия назначается лишь половине из них [Мосолов 2003: 6].

Цель: Исследовать основные соматические симптомы и степень их выраженности у больных СТДР.

Материалы и методы: Диагноз смешанное тревожное и депрессивное расстройство (СТДР) выставлялся в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (F41.2). Состояние характеризуется сочетанием тревожных и депрессивных проявлений при наличии минимум нескольких вегетативных симптомов (например, тремор, сердцебиение, абдоминальный дискомфорт), даже если они непостоянны. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство диагностируется в случае относительного равновесия этих явлений [МКБ-10 1994: 5].

В группу из 100 человек вошли 11 мужчин (11%) и 89 женщин (89%), возраст пациентов колебался от 18 до 58 лет (средний возраст $35,98 \pm 10,29$). Группа амбулаторных больных - 59 чел. (59%), группа стационарных больных - 41 чел. (41%). Для оценки клинического состояния пациентов использовалась Шкала Гамильтона для оценки депрессии - HDRS и Шкала тревоги Гамильтона - HAMА. Тяжесть состояния оценивалась по Шкале глобальной клинической оценки - CGI: субшкала оценки тяжести состояния CGI-S. Для оценки соматических симптомов использовались вопросы из Опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90 (Symptoms Check List-90) и дополнительные вопросы, для оценки симптомов, не вошедших в опросник.

В исследование не включали больных: с острыми соматическими и хроническими заболеваниями в стадии обострения/декомпенсации, с органическими заболеваниями центральной нервной системы; беременных и кормящих; пациентов с зависимостью от психоактивных веществ (в том числе с алкогольной зависимостью); с наличием в анамнезе эпизода расстройства депрессивного и/или тревожного спектра.

Результаты исследования: Показатели по шкале HDRS $12,82 \pm 1,98$, по шкале HARS $14,48 \pm 3,07$. По шкале CGI-S у 92 чел. (92%) была легкая степень выраженности заболевания, у 8 чел. (8%) умеренная степень. Данные по соматическим симптомам представлены в Таблице 1.

Таблица 1. Соматические симптомы у больных СТДР

Система	Симптом	Средн. и станд. откл.* M±m	% (n=100)
ССС	Учащенное сердцебиение, перебои в деятельности сердца	$1,80 \pm 0,08$	94
	Боли в области сердца	$0,79 \pm 0,09$	49
Респираторная система	Учащенное дыхание	$0,36 \pm 0,07$	32
	Ощущение нехватки воздуха, затрудненное дыхание	$0,42 \pm 0,08$	27
Мышечная система	Напряжение, повышенный тонус	$1,02 \pm 0,07$	58
	Боли в спине	$0,11 \pm 0,04$	7
	Чувство тяжести в конечностях	$0,36 \pm 0,07$	23
	Подергивания и судороги	$0,12 \pm 0,05$	11
	Дрожь в руках и/или ногах	$0,46 \pm 0,10$	36
	Боли в мышцах	$0,35 \pm 0,07$	23
Сенсорные системы	Слабость в мышцах	$0,42 \pm 0,07$	32
	Онемение или покалывание в различных частях тела	$0,61 \pm 0,09$	38
	Приступы жара или озноба	$0,41 \pm 0,07$	28
	Слабость или головокружение	$0,49 \pm 0,08$	30
	Звон в ушах	$0,08 \pm 0,05$	6
МПС	Нечеткость зрения	$0,08 \pm 0,04$	7
	Учащенное мочеиспускание	$0,14 \pm 0,10$	12
	Нарушения менструального цикла	$0,08 \pm 0,04$	6
Вегетативная система	Снижение либидо	$0,86 \pm 0,09$	49
	Головная боль напряжения	$1,53 \pm 0,10$	78
	Сухость во рту	$0,38 \pm 0,07$	33
	Покраснение или бледность кожи	$0,37 \pm 0,09$	32
	Потливость (диффузная или локальная)	$0,78 \pm 0,09$	56
ЖКТ	Комок в горле	$0,39 \pm 0,08$	25
	Плохой аппетит	$0,45 \pm 0,06$	39
	Снижение массы тела	$0,03 \pm 0,02$	3
	Боли в животе, тошнота, вздутие, метеоризм	$0,17 \pm 0,05$	11
	Диарея или запоры	$0,12 \pm 0,07$	10
Инсомния	Трудности при засыпании	$1,96 \pm 0,09$	90
	Поверхностный или прерывистый сон	$1,18 \pm 0,09$	76
	Раннее пробуждение	$0,46 \pm 0,08$	30
	Чувство разбитости и слабости при пробуждении, сонливость в течение дня	$1,04 \pm 0,08$	90
	Кошмарные сновидения	$0,20 \pm 0,07$	17

*Оценка выраженности каждого симптома проводилась по следующему критерию: 0 - отсутствие симптома, 1 - в слабой степени, 2 - в умеренной степени, 3 - в тяжелой степени, 4 - в очень тяжелой степени.

Нами выявлено, что наиболее частыми симптомами являются: учащенное сердцебиение и/или перебои в деятельности сердца, чувство постоянного напряжения, повышенный тонус мышц, головные боли. Также большинство больных жаловались на трудности при засыпании, прерывистый или поверхностный сон и чувство сонливости, вялости в течение дня.

Выводы: Данная категория пациентов является наиболее сложной для диагностики и терапии. Важность избавления пациента от соматических симптомов депрессии и тревоги трудно переоценить, так как для достижения полной ремиссии требуется не только восстановление общего уровня активности, заинтересованности и вовлеченности в происходящее, исчезновение чувства усталости, напряжения, тревожных ожиданий, но и устранение болезненных соматических проявлений. В связи с этим оптимальным подходом к достижению полной ремиссии при тревожно-депрессивных состояниях считается назначение комбинированной терапии: фармакотерапии и психотерапии. Препаратами выбора являются СИОЗС. Фармакотерапия позволяет воздействовать на соматизацию, тревогу и депрессивный аффект, а психотерапия направлена на изменение психологических установок.

Список использованной литературы

1. **Аведисова А. С.** Тревожные расстройства // Александровский Ю. А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение. - М: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - С. 66-73.
2. **Вознесенская Т. Г.** Депрессии в неврологической практике. - М., 1998. - С. 56-70.
3. **Воробьев М. И., Винникова И. М., Смирнова О. Ю.** Депрессивные расстройства невротического уровня у больных общесоматической сети. Ранняя диагностика и прогноз депрессии: Сб. научных трудов. - М.: Изд-во Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1989. - С. 46-73.
4. **Гхайер Д.** Головная боль // Неврология / Под ред. М. Самуэльса; пер. с англ. - М.: Практика, 1997. - С. 54-59.
5. **Международная классификация болезней (10-й пересмотр):** Классификация психических и поведенческих расстройств / Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. - Санкт-Петербург: «АДИС», 1994. - 303 с.
6. **Мосолов С. Н.** Диагностика и терапия депрессий при соматических заболеваниях // Фарматека. - 2003. - № 4. - С. 17-19.
7. **Оганов Р. Г., Ольбинская Л. И., Смулевич А. Б.** Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике: Результаты программы КОМПАС // Кардиология. - 2004. - № 1. - С. 48-54.
8. **Ротштейн В. Г., Богдан М. Н., Суетин М. Е.** Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2005. - Т. 7. - № 2. - С. 94-95.
9. **Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Козырев В. Н. и др.** Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 1999. - № 4. - С. 4-16.
10. **Сукниасян С. Г., Манасян Н. Г., Маргарян С. П.** Депрессии: коморбидность или клиническое многообразие? // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. - 2007. - Т. 4. - № 2. - С. 18-20.
11. **Bair M. J., Robinson R. L., Eckert G. J. et al.** Impact of Pain on Depression Treatment Response in Primary Care // Psychosomatic Medicine. - 2004. - Vol. 66. - № 1. - P. 17-22.
12. **Ferriman A.** Levels of Neurosis Remained Statistic in the 1990s // British Medical Journal. - 2001. - Vol. 323. - P. 130.
13. **Holroyd K. A., Stensland M., Lipchik G. L. et al.** Psychosocial Correlates and Impact of Chronic Tension-Typeheadaches // Headache. - 2000. - Vol. 40. - № 1. - P. 3-16.
14. **Lorenzo C. D., Youssef N. N. et al.** Visceral Hyperalgesia in Children with Functional Abdominal Pain // Journal of Pediatrics. - 2001. - Vol. 139. - № 6. - P. 838-843.
15. **Ulrich V., Russell M. B., Jensen R. et al.** A Comparison of Tension-Type Headache in Migraineurs and in Non-Migraineurs: a Population-Based Study // Pain. - 1996. - Vol. 67. - № 2-3. - P. 501-506.
16. **Zakrzewska J. M.** Facial Pain: Neurological and Non-Neurological // Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry. - 2002. - Vol. 72. - P. 27-32.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ КАК СРЕДСТВА РАЗВИТИЯ ХИМИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

Завьялова Г. Е., Бузинова О. П.

Волгоградский государственный педагогический университет

Модернизация российского образования, в том числе высшего, предполагает переход от знаниевой ориентации к компетентностному (деятельностному) подходу. Применяемые современные педагогические средства должны способствовать повышению качества образовательного процесса, делать его более доступным и эффективным.

Необходимым компонентом такого подхода является уход от практики, согласно которой полученные теоретические знания остаются невостребованными.

Целесообразным является формирование у студентов отношения к процессу получения знаний как к осознанной необходимости, основанной на системе доминирующих конкурентоспособных мотивов образования и формирования предметной компетентности.

Использование компетентностного подхода предполагает как обновление содержания, так и совершенствование форм применяемых педагогических технологий, позволяющих сформировать достаточные компетентности выпускников высшей школы в области химии.