



РОССИЙСКОЕ  
ОБЩЕСТВО  
ПСИХИАТРОВ



Первый Санкт-Петербургский  
государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова

# Тревожные и фобические расстройства в соматической сети: выявление и тактика оказания ПОМОЩИ

**Иван Андреевич Мартынихин**

Доцент кафедры психиатрии и наркологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова,  
Член Исполкома, редактор веб-сайта Российского общества психиатров,  
врач-психиатр, психотерапевт, к.м.н.

20.02.2018

# 1. Введение в проблему

# НЕСПЕЦИФИЧНОСТЬ ТРЕВОГИ...

СИМПТОМ  
РАЗНООБРАЗНЫХ  
ПСИХИЧЕСКИХ И  
СОМАТИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ

СОБСТВЕННО  
ТРЕВОЖНЫЕ И  
ФОБИЧЕСКИЕ  
РАССТРОЙСТВА

## ТРЕВОГА

СИТУАТИВНАЯ ТРЕВОГА (эмоциональная реакция)

ТРЕВОЖНОСТЬ (черта характера)

АДАПТИВНАЯ ТРЕВОГА

# Глобальная годовичная заболеваемость наиболее распространенными психическими расстройствами

(данные мета-анализа эпидемиологических исследований)



# 12-месячная заболеваемость тревожными расстройствами в США (Kessler R., 2005)

	Severity <sup>1</sup>			
	Total	Serious	Moderate	Mild
	% (se)	% (se)	% (se)	% (se)
Паническое расстройство	2.7 (0.2)	44.8 (3.2)	29.5 (2.7)	25.7 (2.5)
Агорафобия (без ПР)	0.8 (0.1)	40.6 (7.2)	30.7 (6.4)	28.7 (8.4)
Простые фобии	8.7 (0.4)	21.9 (2.0)	30.0 (2.0)	48.1 (2.1)
Социальная фобия	6.8 (0.3)	29.9 (2.0)	38.8 (2.5)	31.3 (2.4)
Генерализованное тревожное расстройство	3.1 (0.2)	32.3 (2.9)	44.6 (4.0)	23.1 (2.9)

# ВОЗ: Глобальное бремя болезней (2015)

Ранг	Причина	YLDs (тыс.)	% YLDs	YLDs на 100,000 нас.
0	Все причины	719 536	100,0	9797
1	Депрессивные расстройства	54 215	7,5	738
2	Боль в спине и шее	52 016	7,2	708
3	Железодефицитная анемия	48 498	6,7	660
4	Сахарный диабет	33 322	4,6	454
5	Мигрень	26 563	3,7	362
6	Тревожные расстройства	24 621	3,4	335
7	Потеря слуха	24 085	3,3	328
8	Кожные заболевания	20 648	2,9	281
9	Заболевания полости рта	16 955	2,4	231
10	Астма	15 879	2,2	216

**YLD** — ожидаемое количество потерянных лет трудоспособной жизни

# Гипо-диагностика тревожных расстройств в РФ

## Эпидемиологические исследования

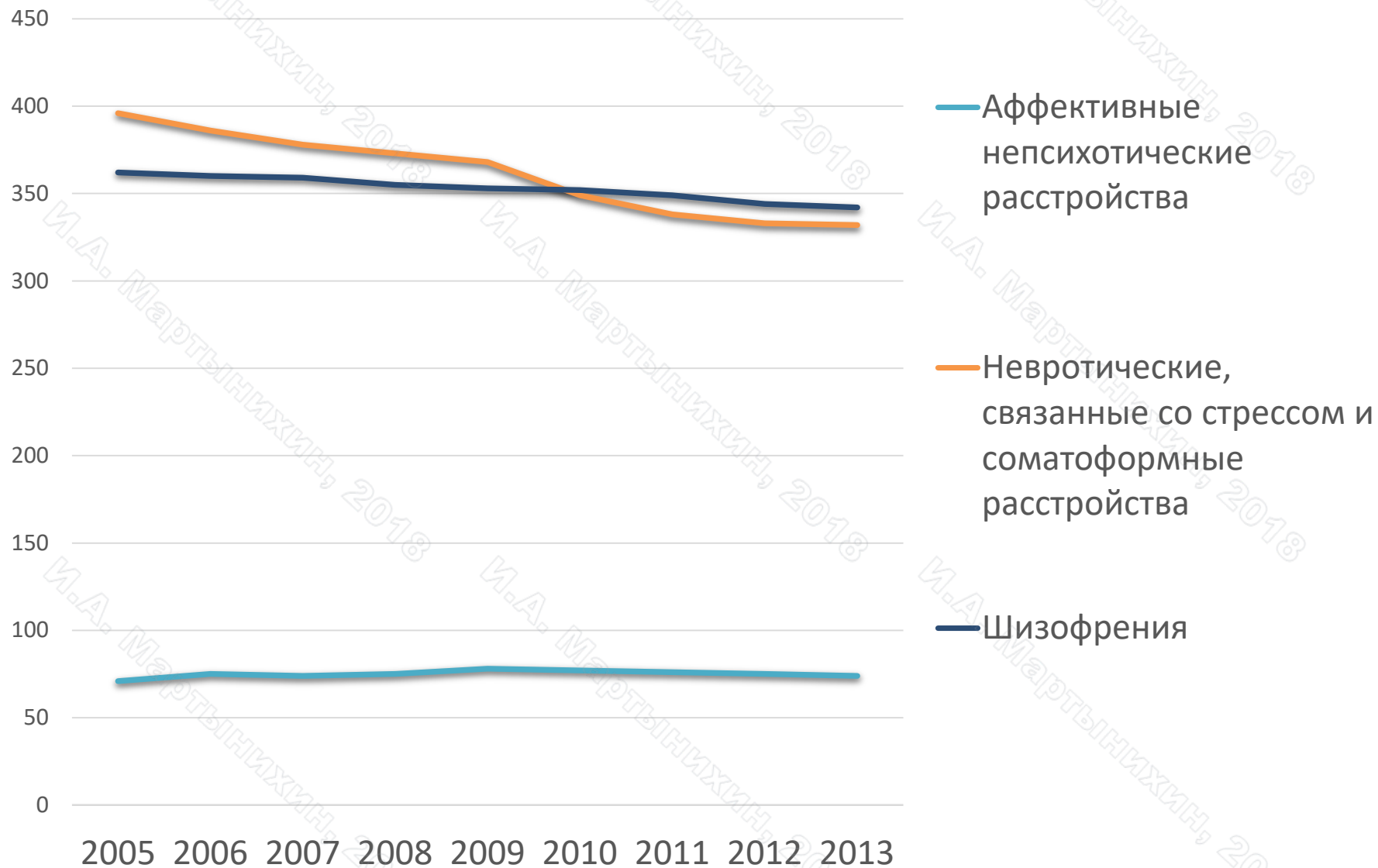
- По данным мета-анализа эпидемиологических исследований в мире заболеваемость тревожными расстройствами в год — **6,7%** населения (Steel Z. et al., 2014)

## Официальная статистика Минздрава РФ

- В 2013 году учреждениями Минздрава зарегистрировано число больных с «невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами» (глава F4 МКБ-10) , равное **0,3% населения** (Казаковцев Б.А., 2015)

**Разница в 30-40 раз! — Откуда?  
Где оставшиеся 6,5% населения РФ  
с тревожными расстройствами ???**

# Контингенты зарегистрированных в России в течение года больных (на 100 тыс населения)





# **Значимая часть лиц с тревогой и тревожными расстройствами обращается в соматическую сеть в связи с:**

1. Низкой доступностью психиатрической помощи и стигматизацией психиатрической службы
2. Высокой коморбидностью тревожных расстройств и соматических заболеваний
3. Соматическими проявлениями тревоги
4. Тем, что содержанием переживаний часто становятся соматические болезни

# Тревога, как фактор формирования сердечно-сосудистых заболеваний

- Мета-анализы длительных когортных исследований:  
**тревога — независимый фактор развития**
  - ГБ (↑ риска на 55%) [Pan Y, 2015]
  - ИБС (↑ риска на 26%), ОИМ (на 43%) и сердечной смерти (на **48%**) [Roest AM, 2010]
  - *Патогенетические механизмы:* избыточная активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и симпатической нервной системы => выброс катехоламинов => ↑ АД и ЧСС, активация тромбоцитов, эндотелиальная дисфункция, вегетативная дисфункция, желудочковая аритмия, нестабильность атеросклеротических бляшек, нарушение коронарного кровотока; также влияет на резистентность к инсулину, уровень жирных кислот, другие метаболические показатели и т.д.

## 2. Феноменология тревоги и страха

# Какой он, пациент с тревогой?

- **Движения**

- суетливые, не может спокойно усидеть на месте, тербит волосы, перебирает руками вещи, документы

- **Речь**

- быстрая, сбивчивая, говорит много

- **Физикально**

- ↑ЧСС, ЧДД, АД, уровень глюкозы крови, частота мочеиспускания, **мышечное напряжение**; тремор, потливость или озноб

- **Жалобы**

- нарушения сна, ↑ утомляемость, трудности концентрации внимания, повышенная чувствительность к раздражителям (гиперестезия)

- **Описание своего психического состояния:**

- А. Беспокойство, внутреннее напряжение, волнение, тревога, страх/страхи чего-либо и пр.
- Б. «Всё нормально» (тревога может не осознаваться или сознательно отрицаться)

**Тревога — переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, предчувствием грозящей опасности.**

**В отличие от страха как реакции на конкретную ... опасность, тревога — переживание неопределенной, диффузной, безобъективной угрозы...**

Понятие тревоги было введено в психологию *З. Фрейдом* (1925), разводящим конкретный страх и неопределенный, безотчетный страх — тревогу, носящую глубинный, иррациональный, внутренний характер

*Мещеряков, Зинченко.  
Большой Психологический словарь, 2002*

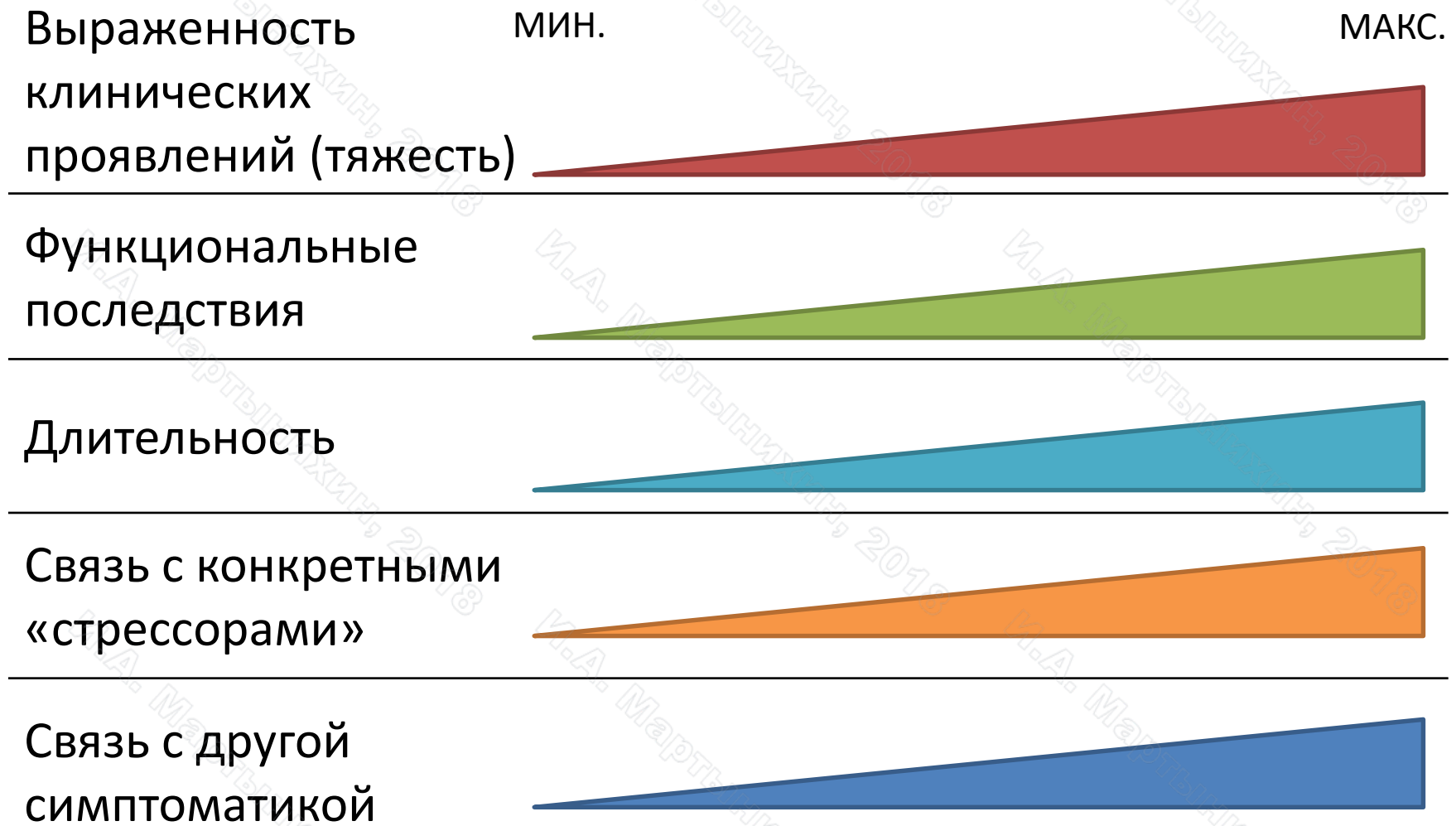
# Тревога/страх м.б.:

- Адаптивными —
  - Вызваны объективной ситуацией угрозы
  - Мобилизуют ресурсы организма, повышают его готовность справляться с ситуацией
- Деадаптивными —
  - Не связаны с ситуацией объективной угрозы или вероятность и значимость этой угрозы существенно преувеличена
  - Дезорганизуют поведение человека (функциональные нарушения) или вызывают значимый дискомфорт

# Проявления тревоги

- **Физические** — напряжение мышц, учащенное сердцебиение и/или перебои в работе сердца, одышка, потливость или зябкость, сухость во рту, учащенное мочеиспускание, тошнота или диарея, головные боли и головокружение
- **Поведенческие** — неспособность усидеть на месте, необходимость двигаться, теревить волосы, какие-либо предметы в руках, поведение избегания, курение и употребление других психоактивных веществ
- **Эмоциональные** — чрезмерное чувство страха, разочарования, гнева, подавленности, никчемности, беспомощности, плач или смех, которые трудно сдержать
- **Когнитивные** — «пустота в голове» или «гонка мыслей», трудности с концентрацией внимания и организацией мыслей, негативные мысли, страх, сравнение себя с другими и пр.

# Измерения тревоги...





## Тревога как эмоциональная(ое) ...

Реакция

Состояние

Свойство  
(тревожность)

- **Эмоциональные реакции** — непосредственные переживания какой-либо эмоции; кратковременны и связаны с ситуацией, которая их вызвала
- **Эмоциональные состояния** — более или менее устойчивое, продолжительное, не имеющее предметности (т.е. направленности на узко определенный предмет или событие) эмоциональное состояние человека, окрашивающее в течение некоторого времени все его переживания (общий эмоциональный фон), влияющее на другие психические процессы, общий нервно-психический тонус и поведение
- **Эмоциональные свойства** — устойчивые характеристики эмоциональной сферы индивида, особенности эмоционального реагирования, свойственные определенному человеку в целом

# Измерения тревоги (крайние точки)

## 1. Выраженность клинических проявлений

- Только субъективный отчет пациента о напряжении, дискомфорте
- Очевидные объективные признаки тревоги в виде выраженного психомоторного возбуждения (тревожный раптус)

## 2. Функциональные последствия

- Адаптивная (напр., тревога при подготовке к экзамену делает студента более собранным, повышает уровень бодрствования)
- Дезадаптивная (приводит к дезорганизованности поведения и мышления)

## 3. Длительность

- Кратковременность (реакция) — минуты, часы, дни
- Длительное (состояние/свойство) — недели, месяцы, годы, вся жизнь

## 4. Связь со стрессором

- Эмоциональная реакция -> четкая связь с определенным неприятным событием
- Эмоциональное состояние (расстройство) -> отсутствие четкой связи или конкретное событие, как триггер («повод, а не причина»), далее тревога появляется в любых обстоятельствах
- В рамках черты личности (тревожность) -> всегда и везде, начиная с детства

## 5. Причины

- Первичная тревога
- Вторичная тревога (первично другое психическое расстройство, например, депрессия)

=> все это нужно оценить во время беседы с пациентом

# Скрининг на выраженность тревоги в общемедицинской сети => опросник **GAD-7**

<http://phqscreeners.com/>

**Как часто за последние 2 недели Вас беспокоили следующие проблемы?**

	Ни разу	Несколько дней	Более недели	Почти каждый день
1. Вы нервничали, тревожились или испытывали сильный стресс	0	1	2	3
2. Вы были неспособны успокоиться или контролировать свое волнение	0	1	2	3
3. Вы слишком сильно волновались по различным поводам	0	1	2	3
4. Вам было трудно расслабиться	0	1	2	3
5. Вы были настолько суетливы, что Вам было тяжело усидеть на месте	0	1	2	3
6. Вы легко злились или раздражались	0	1	2	3
7. Вы испытывали страх, словно должно произойти нечто ужасное	0	1	2	3

**Σ** 5-10 — слабая тревога, 10-15 — средняя тревога, >15 — сильная тревога

Тревога — беспредметна, страх — предметен

## **НО:**

- Тревога у пациента всегда преломляется через его конкретную жизненную ситуацию => в жалобах сперва звучат конкретные обстоятельства
- Тревога заставляет видеть все жизненные обстоятельства в негативном (угрожающем) свете => оценивают жизненные обстоятельства, как более неблагоприятные, чем они могут быть на самом деле
- *Редкий пациент, не имеющий опыта лечения у психиатра/психотерапевта, может четко описать беспредметный характер своей тревоги, но признаком этого будут необоснованные волнения, связанные с разными сферами жизни*

# Навязчивый страх (фобия) — интенсивный, неодолимый, необоснованный страх

- Фобии относятся к т.н. **навязчивым явлениям**, для которых характерны:
  - Непроизвольность возникновения (помимо воли/желания)
  - Есть (возможно) критическое отношение (понимание болезненности)
  - Есть безуспешные попытки борьбы с ними («неодолимые», возвращающиеся, собственно **навязчивые**)

# Фобии (навязчивые страхи)

- **Нозофобии** — страх заболеть тяжелой болезнью (кардиофобия, танатофобия, канцерофобия, спидофобия, лиссофобия, мизофобия и пр.)
- **Агорафобия** — страх открытых пространств, скопления людей, страх остаться без помощи. Приводит к избегающему поведению. Часто сопровождается паническими атаками (непродолжительными приступами выраженной тревоги с вегетативными расстройствами и страхом смерти)
- **Социофобии** — страх совершать какие-либо действия в присутствии других людей (выступать, привлечь внимание, покраснеть)
- **Простые (изолированные) фобии** — все остальные (клаустрофобия, гипсофобия и пр.)



# Ипохондрия

- **необоснованные или преувеличенные опасения за свое здоровье;** поиск или уверенность в наличии у себя какого-либо заболевания при отсутствии его объективных признаков

Ипохондрические переживания м.б.:

- **Навязчивые** (фобии: *кардиофобия, канцерофобия, СПИДОФобия, мизофобия и пр.*)
  - к врачам ходят «провериться», отрицательные результаты обследования успокаивают, но только на время (!)
- **Бредовые**
  - фиксированная идея, собственная концепция болезни, полностью уверен в ее наличии, диагностика не нужна, невозможно переубедить в неправильности суждений, м.б. самолечение
- **Сверхценные**
  - чрезмерное увлечение каким-либо известным методом лечения/оздоровления, в результате чего — вред здоровью (сам метод подчерпнут где-то извне, а не результат собственного творчества, но доведен до абсурда)

# Тревога или депрессия?

- Тревожная депрессия — один из клинических вариантов депрессии
- Тревожные расстройства имеют высокую коморбидность с депрессией



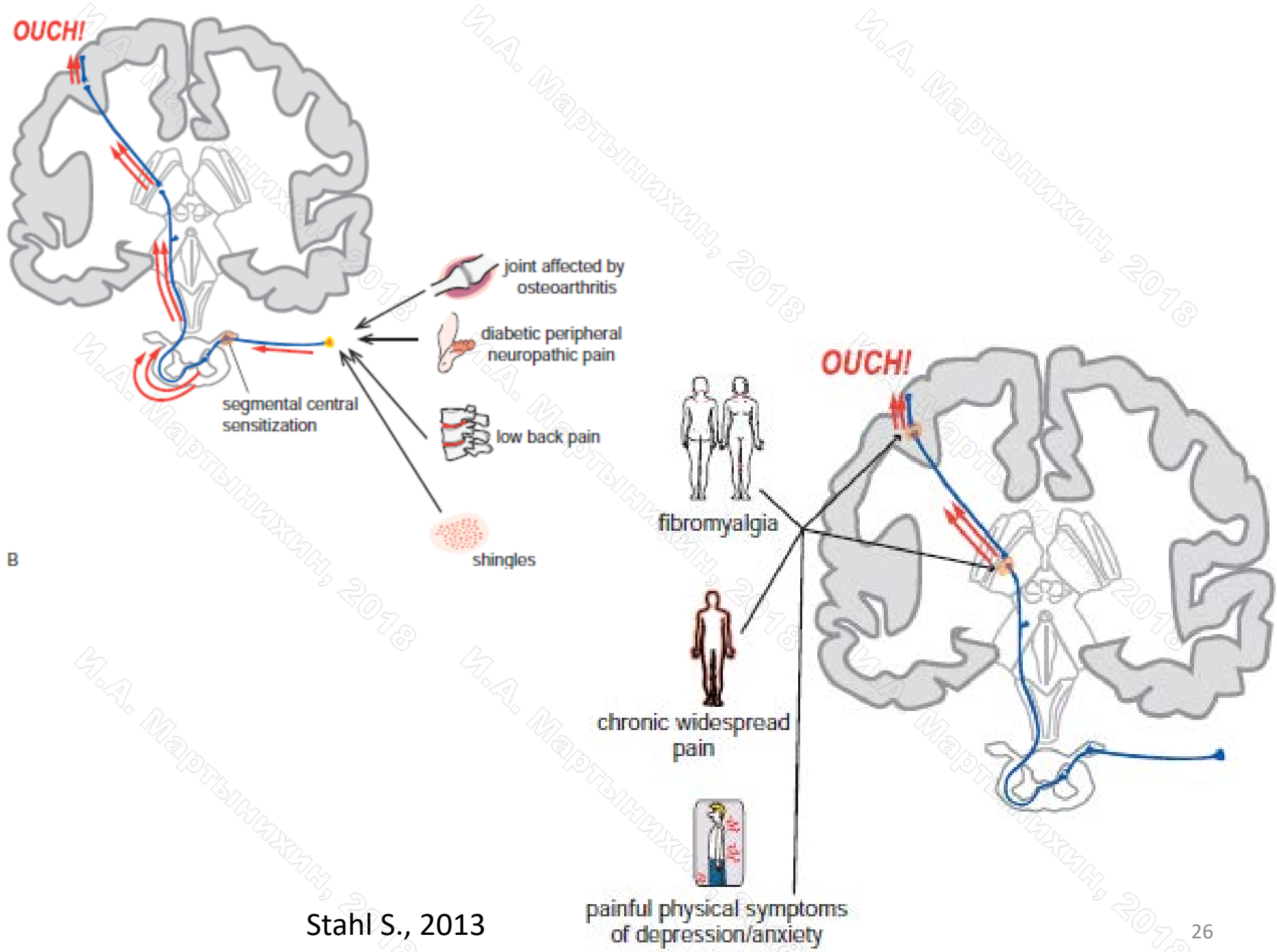
# Боль

- Ноцицептивная

- Реакция на физическое повреждение тканей (стимуляция болевых рецепторов )
- Выраженность пропорциональна стимуляции
- Острая выполняет защитную функцию
- Хороший эффект анальгетиков (НПВС)
- *Напр., зубная, травмы и пр.*

- Нейропатическая

- Результат патологического возбуждения нейронов ноцицептивной системы в периферической или центральной НС
- Стимуляции болевых рецепторов не требуется
- Нет эффекта от анальгетиков
- Часто хроническая, мучительная



Stahl S., 2013

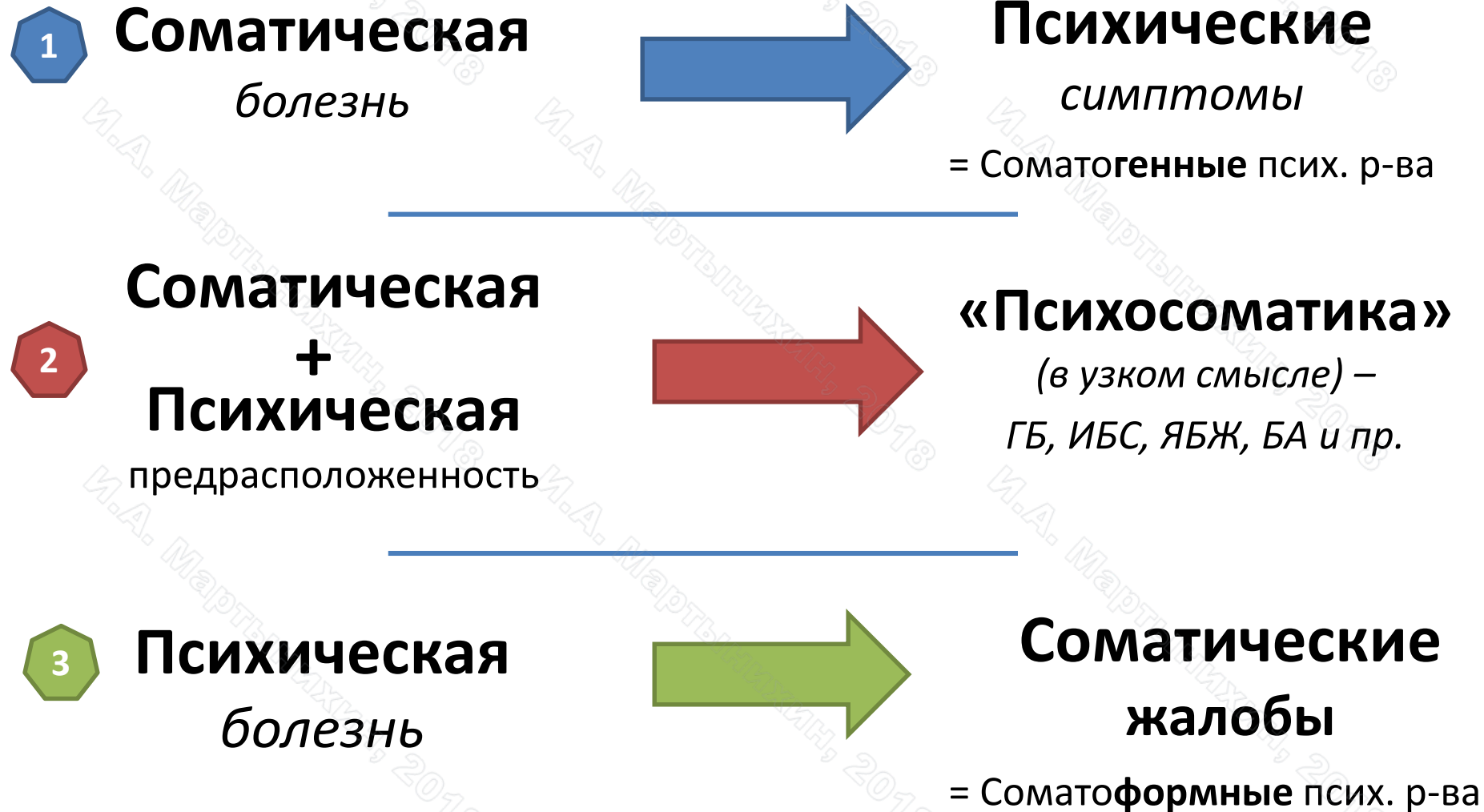
### 3. Тревожные и связанные со страхом расстройства (заболевания)

# Причины тревоги

- Нормальная ситуативная реакция (норма)
- Реакция на стресс — «расстройства, непосредственно связанные со стрессом» (острая аффективно-шоковая реакция, расстройство адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство)
- Один из симптомов разнообразных психических или неврологических расстройств (депрессии, галлюцинаторно-бредовых психозов, сосудистого заболевания головного мозга и пр.)
- Один из симптомов соматического заболевания (см. далее)
- Тревожные и фобические расстройства в собственном смысле слова

# 3 основных варианта взаимосвязи «психическое» — «соматическое»

---



# Тревожные расстройства в МКБ

- **МКБ-9 (1976)** и более ранние версии: тревожный невроз, невроз навязчивых состояний
- **МКБ-10 (1992):**
  - Глава «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»
  - Термин «невроз» заменен термином «расстройство»
- **МКБ-11 (2018, проект):**
  - Самостоятельная глава «Тревожные и фобические расстройства»
  - Отдельно выделены главы: «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом», «Расстройства обсессивно-компульсивного спектра»

# «Невроз» — устаревшее и по-разному понимаемое понятие

- Концепции неврозов

- Биологические.

- Например, И.П. Павлов: невроз — отклонения от нормальной высшей нервной деятельности, перенапряжение раздражительного или тормозного процесса, столкновение (сшибка) возбуждения и торможения и т.д.

- Психологические

- Например, З. Фрейд: конфликт в базовом противоречии между инстинктивными влечениями Оно и запрещающим давлением Сверх-Я, представляющим собой мораль и нормы, существующие в обществе.
    - **Психологические концепции неврозов важны для психотерапии!**

- Социальные

# Концепция неврозов в патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева (1893-1973)

- Невроз в концепции В.Н. Мясищева — результат конфликта между тенденциями личности и требованиями действительности
- Три типа «внутриличностных конфликтов» формируют три типа неврозов:
  - **Астенический невроз** (неврастения): конфликт «хочу, но не могу» — противоречие между возможностями личности и ее завышенными требованиями к себе
  - **Истерический невроз**: конфликт «хочу, но не дают» характеризуется завышенными претензиями личности в сочетании с недооценкой объективных условий или требований окружающих
  - **Невроз навязчивых состояний**: конфликт «хочу, но не должен», характеризуется противоречивыми собственными потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и своим поведением



# Современное понимание генеза тревожно-фобических расстройств

- Концепция «уязвимость — стресс»:
- Уязвимость:
  - Биологическая (в т.ч. значима роль наследственности)
  - Психологическая (в разных психотерапевтических теориях понимаются по-разному)
  - Социальная
- «Стресс»: неблагоприятные жизненные факторы (психотравмы)
  - ⇒ В лечении используется комбинация биологических методов (фармакотерапии) и психотерапии (эффективны различные методы, часто они подбираются индивидуально)

# Тревожные и фобические расстройства в МКБ-10

- F40/ Фобические тревожные расстройства
  - F40.0 Агорафобия
  - F40.1 Социальные фобии
  - F40.2 Специфические (изолированные) фобии
- F41/ Другие тревожные расстройства
  - **F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность)**
  - **F41.1 Генерализованное тревожное расстройство**
  - F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство
- ...
- F45/ Соматоформные расстройства
  - **F45.0 Соматизированное расстройство**
  - **F45.2 Ипохондрическое расстройство**

# ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

(эпизодическая пароксизмальная тревожность, в МКБ — F41.0)

- *МКБ-10:*
  - «повторные приступы тяжелой тревоги (паники), которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами и поэтому **непредсказуемы**»
  - «несколько атак в течение месяца»
- Уточнение DSM-5:
  - Хотя бы 1 атака в течение месяца, если она вызывает значительные переживания по поводу повторяющихся атак и/или значимые неадаптивные изменения поведения

# ПАНИЧЕСКАЯ АТАКА

— **приступ тяжелой тревоги (паники) или дискомфорта, который:**

- **Возникает внезапно** (неожиданно, непредсказуемо, хотя могут быть ситуационные триггеры)
- **Достигает пика в течение минут** (около 10 минут), общая длительность варьирует (в среднем 20-30 минут)
- Проявляется **яркими вегетативными расстройствами**, наиболее часто со стороны:
  - **Сердца:** Сердцебиение, тахикардия, «перебои», боль в груди, ↑ АД
  - **ЦНС:** Головокружение, слабость, предобморочное состояние
  - **Дыхания:** Ощущение удушья, нехватки воздуха, одышка
  - **ЖКТ:** Тошнота или неприятные ощущения в животе, «позывы»
  - Потливость, волны жара/холода, дрожь, парестезии и т.д.
  - Дерезализация или деперсонализация, страх потерять контроль над собой или «сойти с ума»
- Сопровождается **страхом смерти**, тяжелого заболевания, иногда «публичного позора»

# «Порочный круг»



# АГОРАФОБИЯ (F40.0)

- Страх:
  - Открытых пространств
  - Толпы, публичных мест
  - Передвижения вне дома, особенно в одиночку
- Чаще всего возникает из-за повторяющихся панических атак (в МКБ: F40.01 Агорафобия с паническим расстройством)
- Выраженность может быть различна (от страха отдельных ситуаций (напр., метро) до полной невозможности передвигаться вне дома в одиночку)
- Приводит к избегающему поведению — наиболее дезадаптирующий тип тревожно-фобических расстройств
- Причина обращения к врачам поликлиники по месту жительства (т.к. не могут перемещаться по городу к специалистам)

# Эпидемиология ПР

## Паническое расстройство (ПР)

	Европа (ESEMed)	США
В течение года	0,7%	2,7%
В течение жизни	1,6%	4,7%

- Соотношение мужчины : женщины = 1 : 2-3
- Возраст манифестации 18-45 лет (в среднем — 24 года)

## Агорафобия с/без ПР

	Европа (ESEMed)	США
В течение года	0,3%	0,8%
В течение жизни	0,8%	1,4%

Kessler et al. Arch Gen Psych. 2005;62:617–627  
Alonso & Lepine, J Clin Psychiatry, 2007

Kessler et al, Arch Gen Psychiatry, 2005

# Дифференциальная диагностика

- С соматическими заболеваниями:
  - ССЗ
  - Эндокринные (напр., гипертиреоз, феохромоцитома, гипогликемия и т.д.)
  - Бронхиальная астма
  - Вестибулярные расстройства
  - ТИА (ОНМК)
  - Эпилепсия
- Интоксикации ПАВ
  - Стимуляторы (в т.ч. кофеин)
  - Психодислептики (в т.ч. каннабис)
- «Вегето-сосудистая дистония» (школа Александра Моисеевича Вейна)



# Диагноз

## «Вегето-сосудистой дистонии»

### Плох, т.к.:

- Синдромальный уровень диагностики (*что подчеркивал А.М. Вейн!*)
- Не ясен этиопатогенез => риск использования неэффективных или «шарлатанских» методов лечения
- Паническое расстройство — акцент на патогенезе => возможно более эффективное, патогенетическое лечение

### Хорош, т.к.:

- Лучше воспринимается пациентами (особенно в РФ), т.к. психические расстройства стигматизированы в обществе
- Легче объяснить пациенту его болезнь за несколько минут приема в условиях поликлиники, т.к. пациент пришел к врачу с соматическими жалобами (!)

# Генерализованное тревожное расстройство (ГТР), F41.1

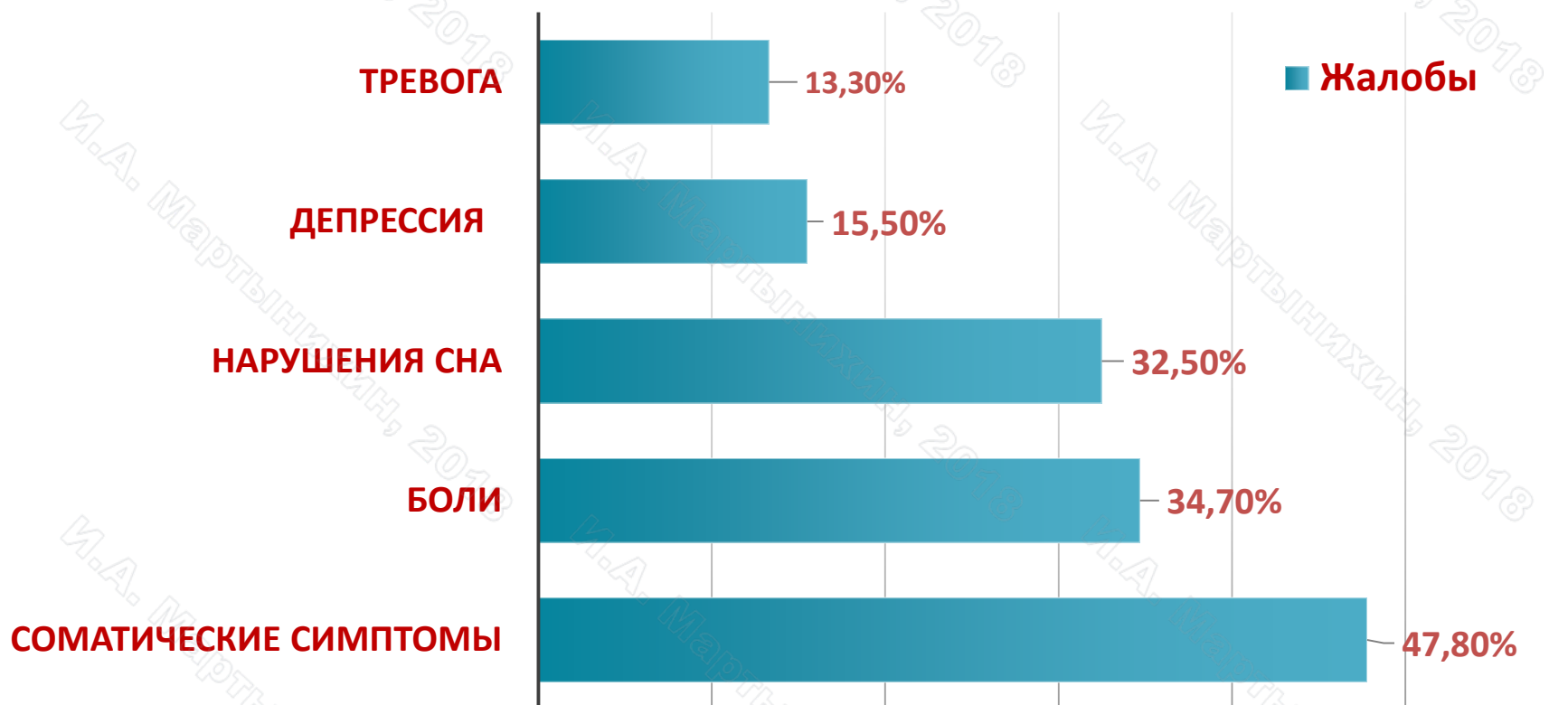
- У больного должны быть первичные симптомы тревоги (*т.е. не обусловленные другой патологией, в т.ч. фобиями, паническими атаками, депрессией и пр.*) большинство дней за период по крайней мере несколько недель подряд, а обычно несколько месяцев
- Эти симптомы обычно включают:
  - а) **опасения** (беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения, трудности в сосредоточении и др.);
  - б) **моторное напряжение** (суетливость, головные боли напряжения, дрожь, невозможность расслабиться);
  - в) **вегетативную гиперактивность** (потливость, тахикардия или тахипноэ, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту и пр.)

---

Основной чертой является тревога, которая носит генерализованный и стойкий характер, не ограничивается какими-либо определенными средовыми обстоятельствами

# Основные жалобы больных ГТР

ПАЦИЕНТЫ С ГТР РЕДКО ЖАЛУЮТСЯ НА ТРЕВОГУ  
И ДРУГИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ



Wittchen HU, et al. 2002

# Эпидемиология ГТР

(обобщенные результаты 16 исследований, средние значения)

**Частота в определенный момент<sup>3</sup>**

**1.4% (0.2-3.1)**

**Распространенность в течение 12 мес.<sup>2</sup>**

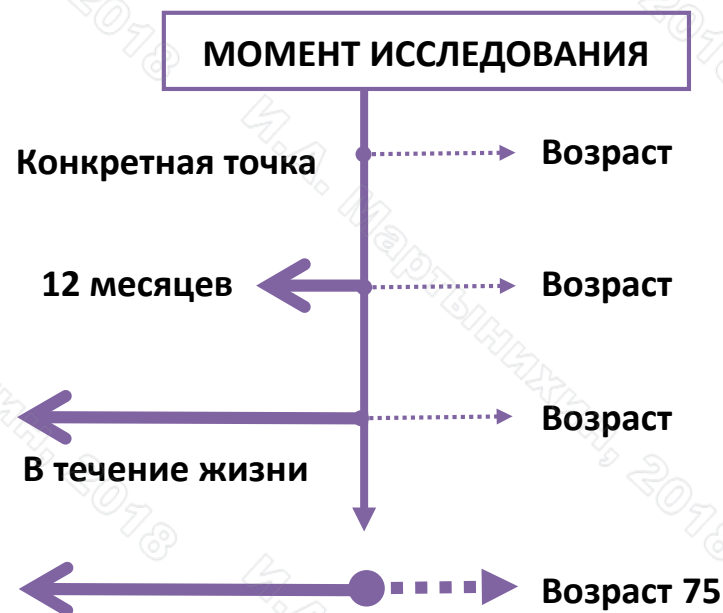
**1.7% (0.8-2.2)**

**Распространенность в течение жизни<sup>1</sup>**

**5.1% (SE = 0.3)**

**Риск возникновения в течение жизни<sup>4</sup>**

**8.3% (SE = 0.4)**



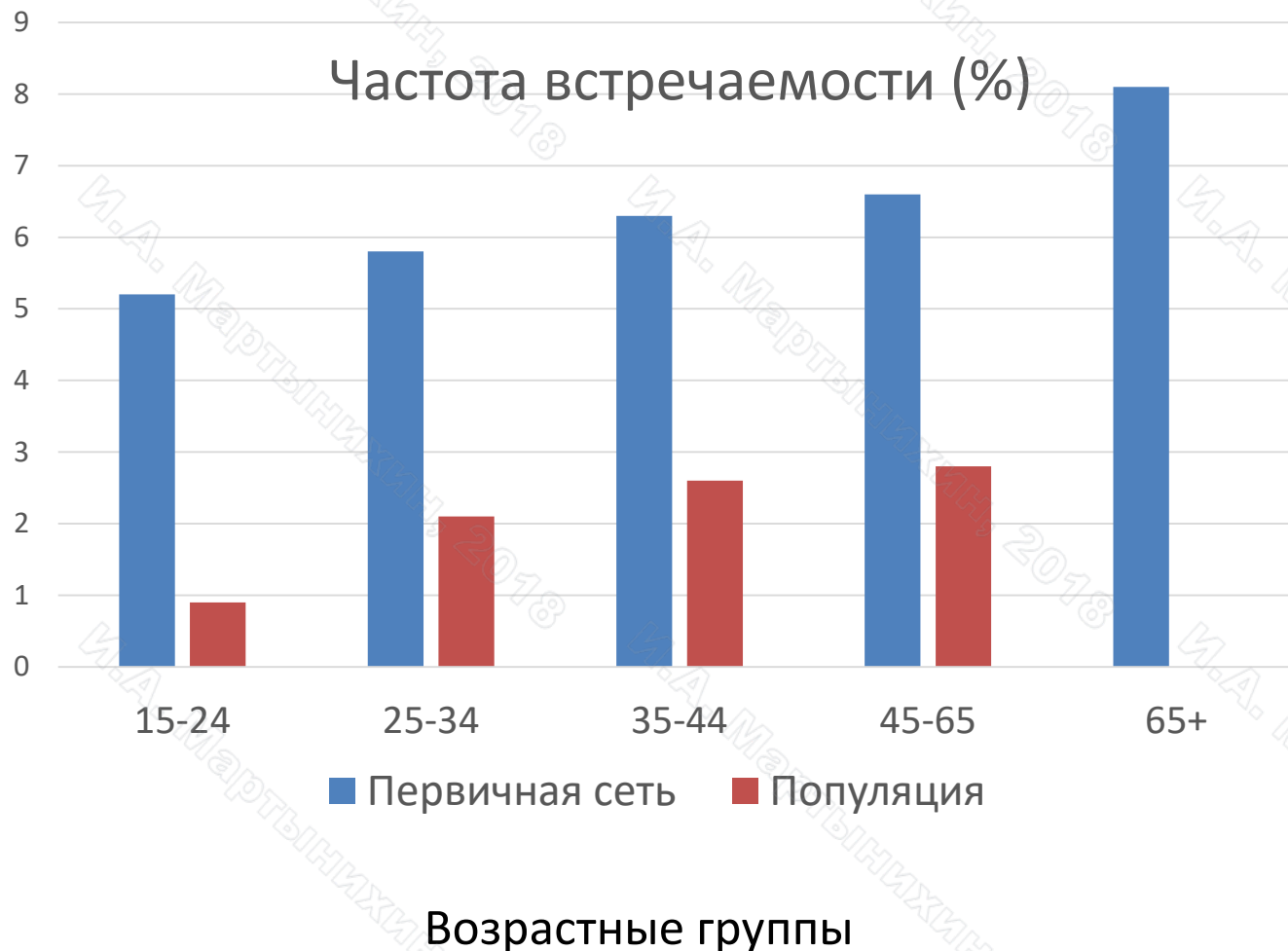
1. Wittchen et al. Arch Gen Psychiatry. 1994;51(5):355-64.

2. Wittchen & Jacobi. Eur Neuropsychopharmacol. 2005;15(4):357-76.

3. Lieb et al. Eur Neuropsychopharmacol. 2005;15(4):445-52.

4. Kessler et al 2005. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):617-27.

## ГТР в первичной сети: частота встречаемости в 3-6 раз выше, чем в популяции



ГТР — самое частое тревожное расстройство в первичной сети: особенно распространено среди женщин (8,4-13,2%) и пожилых людей

# Ипохондрическое и соматизированное р-ва в МКБ-10:

<b>Ипохондрическое расстройство (F45.2)</b>	<b>Соматизированное расстройство (F45.0)</b>
<p>Постоянная <b>озабоченность возможностью заболевания</b> несколькими или одним более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Пациент чаще <b>просит об обследовании</b> для того, чтобы подтвердить природу предполагаемой болезни</li><li>• Озабоченность больного <b>одним или двумя возможными соматическими болезнями</b>, которые постоянно фигурируют в беседе</li><li>• <b>Опасаются лекарств</b>, их побочных эффектов и ищут поддержки и успокоения за счет частых визитов к различным врачам.</li></ul>	<p>Множественные, повторно возникающие и часто видоизменяющиеся <b>соматические симптомы</b> (жалобы)... Результаты соматических обследований отрицательны...</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Пациент <b>просит о лечении</b> для того, чтобы удалить имеющиеся симптомы. Акцент в жалобах на <b>самых симптомах</b> и их индивидуальном проявлении.</li><li>• <b>Вариабельные (различные) предположения</b> о природе заболевания</li><li>• Часто <b>избыточное употребление лекарств</b>.</li></ul>

*Длительное течение.*

*Исключаются: бредовая ипохондрия (хр. бредовое р-во или шизофрения), депрессия*

## 4. Оказание помощи людям с тревожными расстройствами

# Кто лечит тревожные и фобические расстройства?

- Пациенты часто обращаются в соматическую сеть
- В РФ нет однозначного правового статуса их лечения у непсихиатров.
  - Закон РФ «О психиатрической помощи...»: Ст. 20 «Установление диагноза психического заболевания ... являются исключительным правом врача-психиатра ... **Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер...**»



# Лечение тревожных и фобических состояний

- Био-психо-социальный подход:
  - **Био-:** антидепрессанты, анксиолитики и др.
  - **Психо-:** психотерапия, психологическая помощь
  - **Социо-:** социальная помощь, поддержка

# Психотерапия

- **Рациональная психотерапия**

- тревога из-за недостатка или неправильной информации о болезни, нужна рационализация опасений (школы пациентов и пр.)

- **Суггестивная терапия**

- гипноз, аутогенная тренировка (самовнушение), плацебо-терапия

- **Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ)** — наиболее эффективный метод психотерапии для лечения тревожных расстройств

- Работа с автоматическими мыслями
- Экспозиционная терапия

*Книги для самостоятельной работы по КПТ:*

**Гринбергер Д. Управление настроением.** Методы и упражнения

**Силов Д. Как преодолеть панику.** Руководство по самопомощи с применением КПТ

# Медикаментозное лечение тревоги

— различается в зависимости от причин ее развития и клиники!

	Слабая	Выраженная
Кратковременна и связана с ситуацией	Нормальная ситуативная реакция	Патологическая ситуативная реакция (вплоть до аффективно-шоковых состояний)
Длительна (или рецидивирует)	Тревожность — как особенность характера	Тревожное или фобическое расстройство, ПТСР

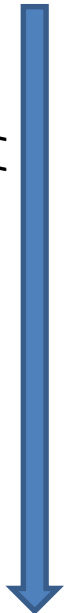
# Дилеммы медикаментозной терапии тревоги

- Купирование симптомов «здесь и сейчас» (пока препарат в крови) или лечение расстройства (становление ремиссии)
- Эффективность или безопасность?

# Медикаментозное лечение тревоги (1)

## А. Для купирования тревоги «здесь и сейчас»

*(эффект есть пока препарат в крови)*

- 
- Увеличение силы эффекта
- **Препараты с неясным механизмом действия** (плацебо?) — тенотен, афобазол и пр.
  - **Ноотропы** с успокаивающим действием — фенибут, глицин
  - **Растительные препараты** (валериана, пустырник, зверобой и пр.) и препараты на их основе
  - **«Дневные» транквилизаторы** — гидроксизин, тофизопам
  - **Транквилизаторы** (классические бензодиазепины) — диазепам (сп. 3), алпразолам (сп. 3), феназепам и пр.
  - **Антипсихотики** (нейролептики) — для лечения тревоги т.н. «малые» антипсихотики — тиоридазин, тиаприд, алимемазин; или «атипичные» антипсихотики — кветиапин и др.

*Из инструкции по применению препарата **Тенотен** (взрослый)*

Активные компоненты:

- **Антитела к мозгоспецифическому белку S-100 аффинно очищенные — 0,003 г\***
  - Вспомогательные вещества: лактозы моногидрат (лактоза) 0,267 г, целлюлоза микрокристаллическая 0,03 г, магния стеарат 0,003 г
- \* наносятся на лактозу в виде водно-спиртовой смеси с содержанием не более  **$10^{-15}$  нг/г** активной формы действующего вещества

*Википедия:*

Антитела являются относительно крупными (~150 кДа — IgG т.е.  **$2.5 \cdot 10^{-10}$  нг**) гликопротеинами ...

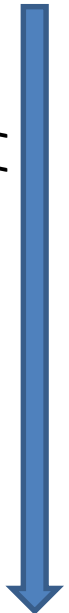
=> Размер 1 антитела на 8 порядков больше содержания действующего вещества в одной таблетке.

Надувательство???

# Медикаментозное лечение тревоги (1)

## А. Для купирования тревоги «здесь и сейчас»

*(эффект есть пока препарат в крови)*

- 
- Увеличение силы эффекта
- **Препараты с неясным механизмом действия** (плацебо?) — тенотен, афобазол и пр.
  - **Ноотропы** с успокаивающим действием — фенибут, глицин
  - **Растительные препараты** (валериана, пустырник, зверобой и пр.) и препараты на их основе
  - **«Дневные» транквилизаторы** — гидроксизин, тофизопам
  - **Транквилизаторы** (классические бензодиазепины) — диазепам (сп. 3), алпразолам (сп. 3), феназепам и пр.
  - **Антипсихотики** (нейролептики) — для лечения тревоги т.н. «малые» антипсихотики — тиоридазин, тиаприд, алимемазин; или «атипичные» антипсихотики — кветиапин и др.



# Медикаментозное лечение тревоги (2)

**В. Для лечения тревожных расстройств —**  
*длительный прием направлен на становление ремиссии*

— Антидепрессанты

- СИОЗС: сертралин, эсциталопрам + *наименьшее количество побочных эффектов, хорошо переносится людьми с ипохондрическим и паническим расстройствами*
- СИОЗСН: венлафаксин, дулоксетин + *лечат нейропатическую боль*
- (Др. группы: тразодон)

— Антиконвульсанты:

- Прегабалин (ПКУ!) + *лечит нейропатическую боль*



## Транквилизаторы vs Антидепрессанты

Т  
Р  
А  
Н  
К  
В  
И  
Л  
И  
З  
А  
Т  
О  
Р  
Ы

Сниженное настроение

Утрата интересов  
и удовольствия

Утрата энергии

Чувство вины

Суицидные мысли

Нарушения внимания

Нарушения аппетита  
и веса

Нарушения сна

Тревога

Привыкание, зависимость

А  
Н  
Т  
И  
Д  
Е  
П  
Р  
Е  
С  
С  
А  
Н  
Т  
Ы



# Бензодиазепины

- Риск формирования **привыкания и зависимости** (*рекомендации ВОЗ: прием не более 2 недель*)
- **«Поведенческая токсичность»** — сонливость, нарушение внимания, памяти, повышенная утомляемость, слабость, спутанность сознания у пожилых
- **Миорелаксирующее действие** => риск падений и травм (особенно у пожилых!!!), усиления дыхательной недостаточности, обструктивное сонное апноэ

# Привыкание или зависимость?

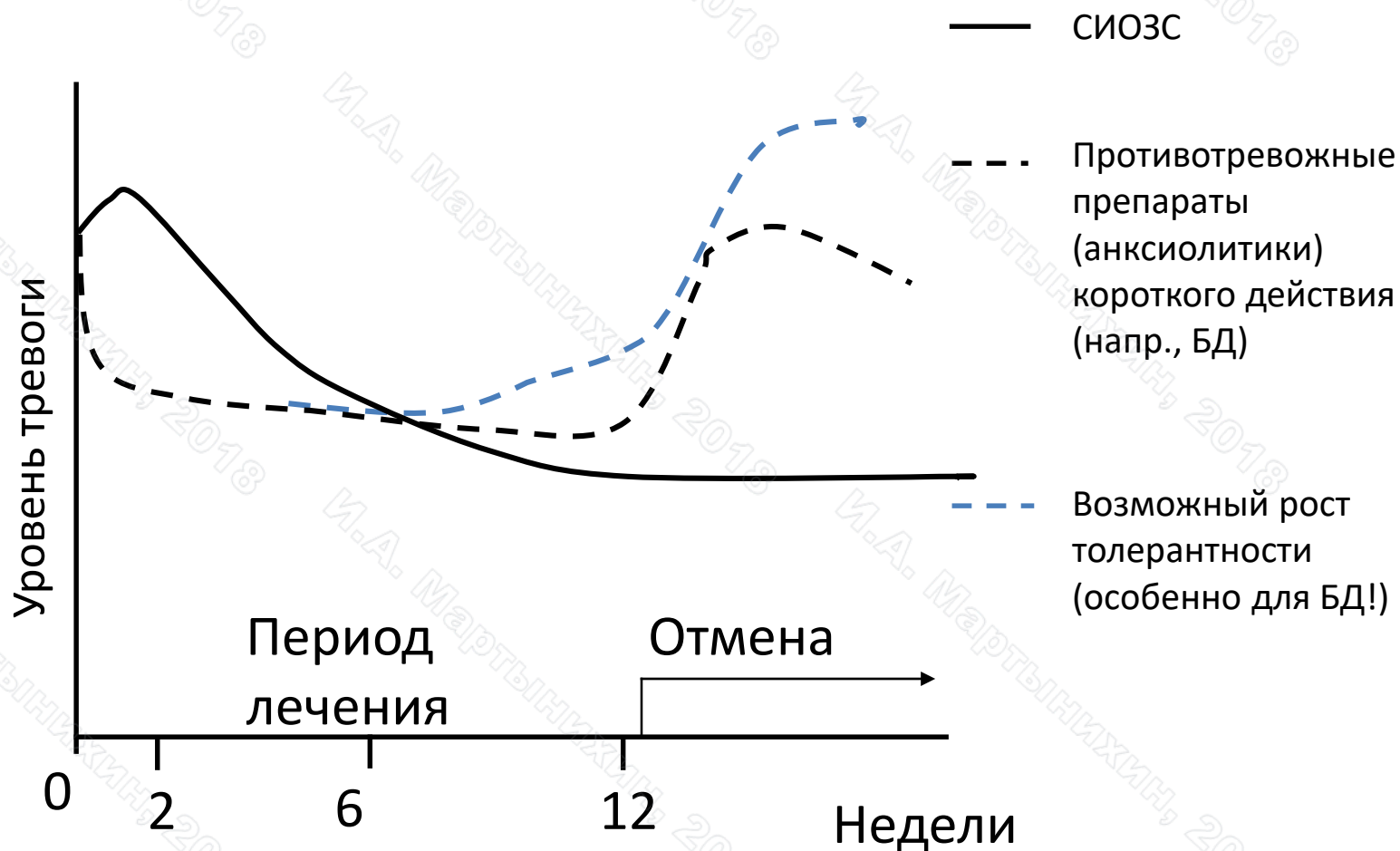
- **Привыкание:**

- Рост необходимой дозы (рост толерантности)
- Синдром отмены (зависит от механизма действия)

- **Зависимость:**

- Смена мотива потребления: не для лечения симптомов расстройства, а для удовольствия, стимулирующего действия и пр.
- Некоторые лекарства имеют свойства психоактивных веществ (ПАВ), т.е. способны вызывать зависимость (в т.ч. бензодиазепины, барбитураты и др.)
- Группа риска: лица со сформированной зависимостью от других ПАВ

# Действие СИОЗС и анксиолитиков при тревожных расстройствах



# Рекомендации **WFSBP** (Bandelow B. et al., 2012)

	Препарат	Паническое расстройство*	Генерализованное тревожное р-во*
<b>СИОЗС</b> (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина)	сертралин	1 (50-150)	1 (50-150)
	циталопрам	1 (20-60)	
	эсциталопрам	1 (10-20)	1 (50-150)
	флуоксетин	1 (20-40)	
	флувоксамин	1 (100-300)	
	пароксетин	1 (20-60)	1 (20-60)
<b>СИОЗСН</b>	венлафаксин	1 (75-225)	1 (75-225)
	дулоксетин		1 (60-120)
<b>ТЦА</b> (Трициклические антидепрессанты)	кломипрамин	2 (75-250)	
	имипрамин	2 (75-250)	
<b>Бензодиазепиновые транквилизаторы</b>	алпразолам **	2 (1,5-8)	
	клоназепам **	2 (1-4)	
	дiazепам **	2 (5-20)	2 (5-20)
	лоразепам **	2 (2-8)	2 (2-8)
<i>Другие группы</i>	прегабалин ***		1 (150-600)
	кветиапин		1 (50-300)
	гидроксизин		2 (37,5-75)

\* Степень рекомендации (дозы):  
1- Категория А доказательства и хорошее соотношение риска-пользы  
2- Категория А доказательства и умеренное соотношение риска-пользы

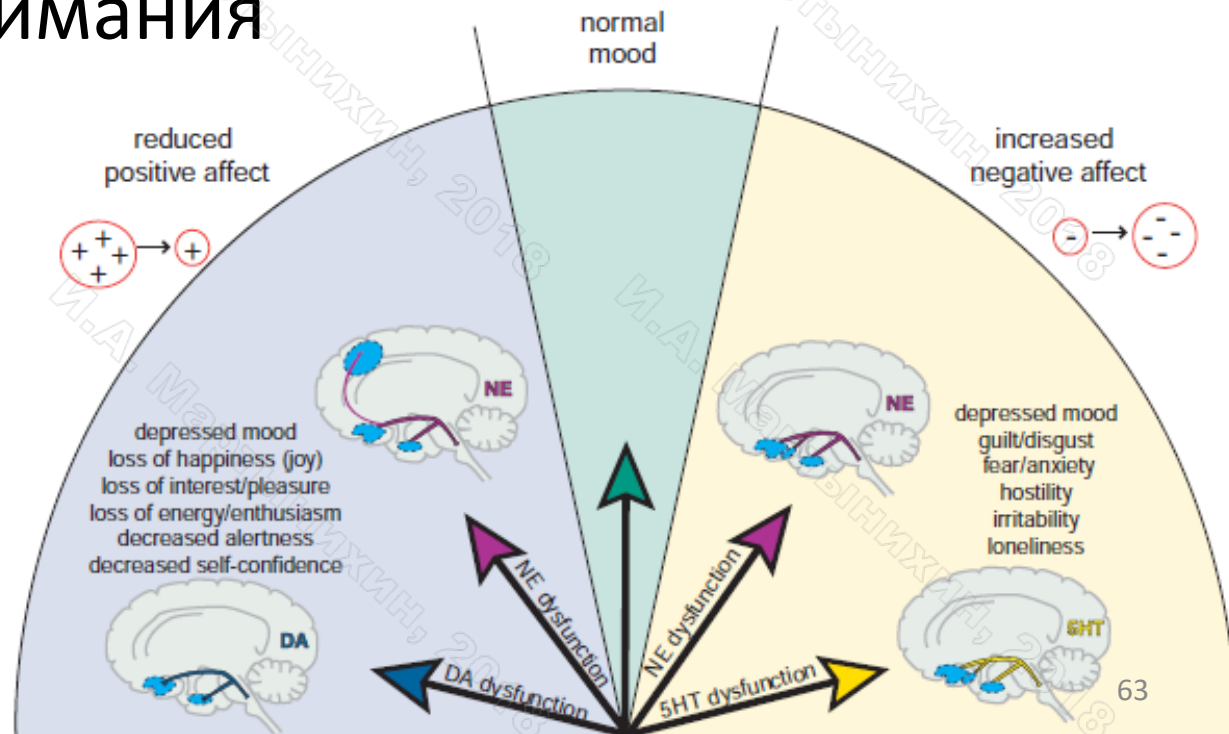
\*\* Список III (бланк рецепта ф 148)

\*\*\* Список IV (бланк рецепта ф 148)

# Алгоритм терапии ГТР (Мосолов С.Н., 2015)



- Недостаток **серотонина** — подавленное настроение, тревога, фобии, навязчивости, раздражительность, враждебность
- Недостаток **норадреналина** — отсутствие чувства удовольствия (ангедония), снижение интереса, идеомоторная заторможенность, нарушение внимания

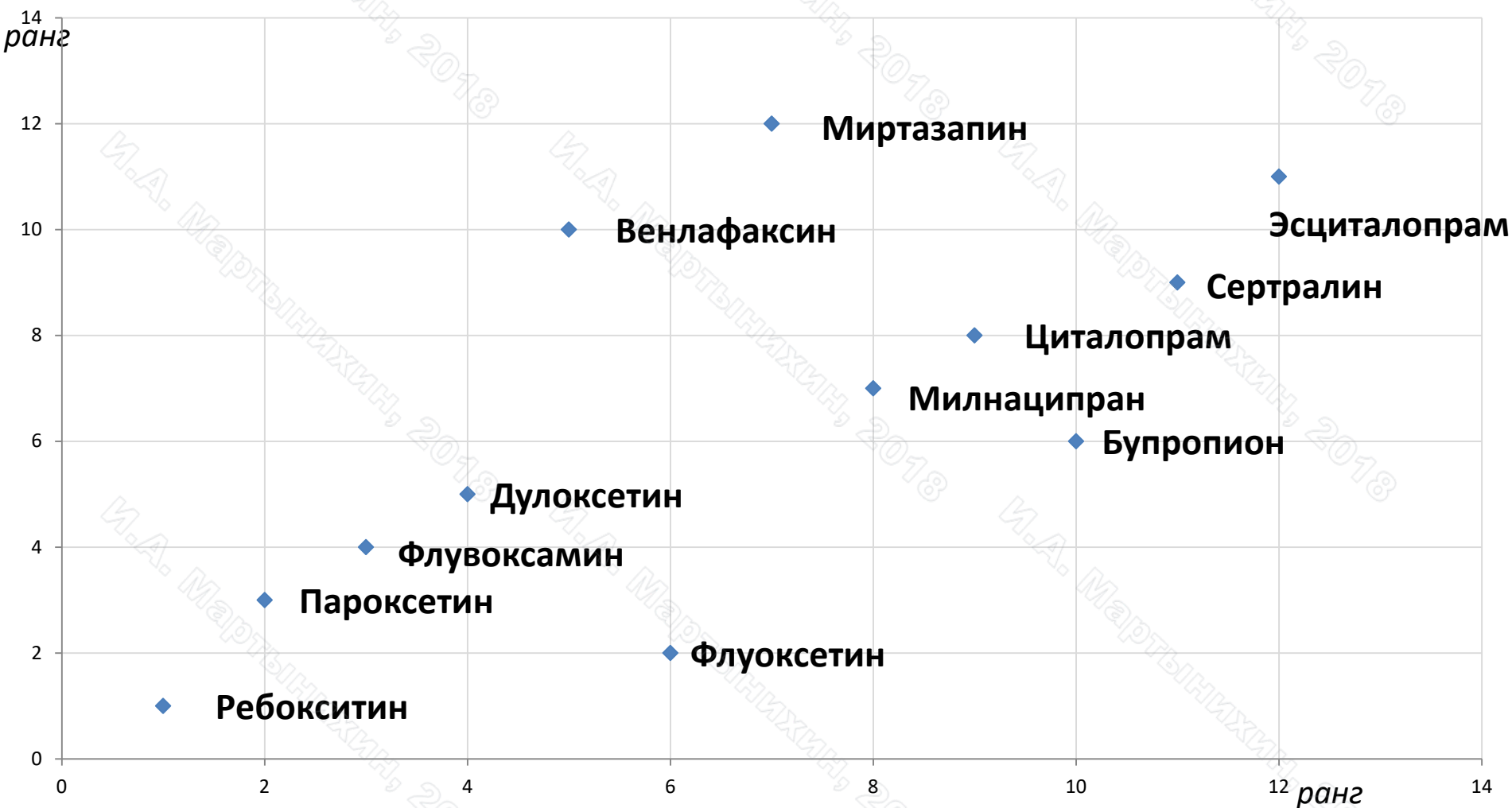


Stahl S., 2013



# Сетевой мета-анализ эффективности и безопасности современных антидепрессантов

↑ Эффективность





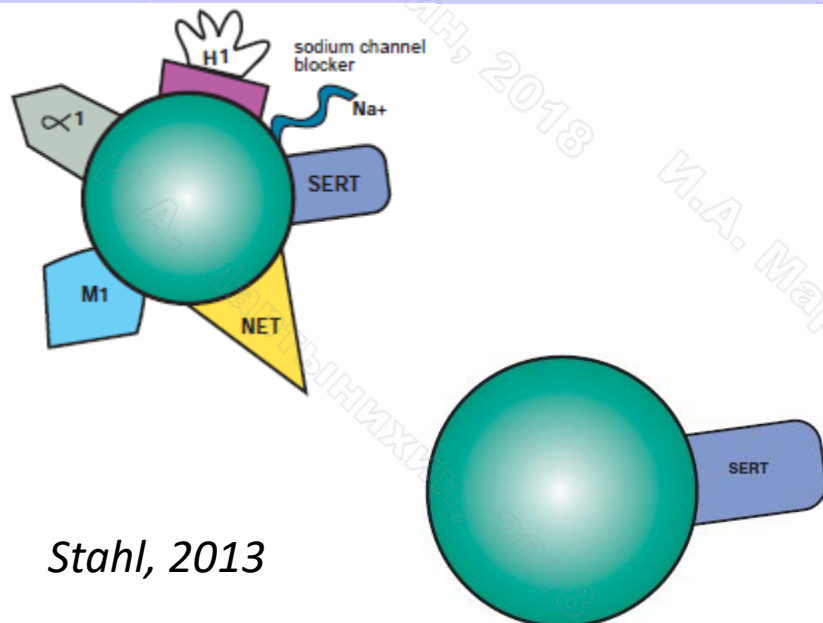
# Особые целевые группы для отдельных антидепрессантов

- **СИОЗС (сертралин, эсциталопрам)** — депрессии, тревожные расстройства, вкл. паническое расстройство (начинаем с  $\frac{1}{2}$  стандартной дозы), обсессивно-компульсивное расстройство (доводим до максимальных дозировок), предменструальное дисфорическое расстройство (постоянный прием или прерывистый), преждевременная эякуляция
- **СИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин)** — более выраженный антидепрессивный эффект, нейропатическая боль (!)
- **Флуоксетин** — повышенный аппетит, нервная булимия
- **Миртазапин** — сниженный аппетит, нервная анорексия
- **Тразодон** — нарушения сна, нарушения эрекции
- **Амитриптилин** — в терапевтических дозах много побочных эффектов (!), часто используют для самоотравлений (!), в лечении тревожных р-тв эффективность сомнительна

# Побочные эффекты антидепрессантов

	Антихолинергические	Тошнота, ЖКТ	Седация	Инсомния, ажитация	Сексуальные дисфункции	Ортостаз	Повышение веса	Другое	Летальность при передозировке
Амитриптилин	+++	-	+++	-	+	+++	+++	Изменения на ЭКГ	+++
Кломипарамин	+++	+	+	+	++	++	++	Изменения на ЭКГ	++
Дулоксетин	-	++	-	++	+	-	-		+
Эсциталопрам	-	++	-	++	++	-	-		+
Флуоксетин		++		+					+
Миртазапин	-	-	++	-	-	+	++		+
Пароксетин	+	++	-	++	++	-	+		+
Сертралин	-	++	-	++	++	-	-		+
Венлафаксин	-	++	-	++	++	-	-		+
Тразодон	-	+	++	-	++	+	+	Приапизм (редко)	+

# СОМАТОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТРИЦИКЛИЧЕСКИХ АНТИДЕПРЕССАНТОВ



Stahl, 2013

Антидепрессанты  
группы СИОЗС —  
хорошо переносятся,  
в т.ч. у соматических и  
психосоматических  
пациентов

## СОМАТОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА



Иванов С.В.,  
2009

# Кого направлять к психиатру («психотерапевту»)?

- Если нет эффекта от курса первой линии терапии в 6-8 недель
  - Если есть другие сопутствующие психические расстройства (*депрессия, подозрение на ипохондрические переживания сверхценного или бредового уровня и т.д.*)
  - Если в анамнезе есть суицидные попытки
  - Если есть зависимость от ПАВ
- 
- Направить **на психотерапию** к врачу-психотерапевту или психологу-психотерапевту, или рекомендовать знакомство с литературой/интернет курсами — хорошо для **всех пациентов с паническим расстройством** (и другими тревожными расстройствами)

**Приказ Минздрава России от 11.07.2017 N 403н**

**"Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для  
медицинского применения, в том числе иммунобиологических  
лекарственных препаратов, аптечными организациями,  
индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию  
на фармацевтическую деятельность"**

- **14. Остаются и хранятся у субъекта розничной торговли рецепты (с отметкой "Лекарственный препарат отпущен") на**
  - .... иные лекарственные препараты, относящиеся по АТХ к **антипсихотическим средствам (код N05A), анксиолитикам (код N05B), снотворным и седативным средствам (код N05C), антидепрессантам (код N06A)** и не подлежащие предметно-количественному учету, - в течение трех месяцев....
- Рецепты, выписанные с нарушением установленных правил (Приказ N 1175н и Приказ N 54н), регистрируются в журнале, в котором указываются выявленные нарушения в оформлении рецепта, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, выписавшего рецепт, наименование медицинской организации, принятые меры, отмечаются штампом "Рецепт недействителен" и возвращаются лицу, представившему рецепт. О фактах нарушения правил оформления рецептов субъект розничной торговли информирует руководителя соответствующей медицинской организации.





РОССИЙСКОЕ  
ОБЩЕСТВО  
ПСИХИАТРОВ



Первый Санкт-Петербургский  
государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова

[psychiatr.ru](http://psychiatr.ru)

[s-psy.ru](http://s-psy.ru)

# Спасибо за внимание!

**Иван Андреевич Мартынихин**

врач-психиатр, психотерапевт, к.м.н.,

Доцент кафедры психиатрии и наркологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова,  
Член Исполкома, редактор веб-сайта Российского общества психиатров

[iam@s-psy.ru](mailto:iam@s-psy.ru)