

Психосоматичні маски тривоги

Тривожні розлади (ТР) часто поєднуються із соматичними захворюваннями. Соматичні прояви тривоги можуть маскувати наявність соматичної хвороби, що утруднює її ранню діагностику. Клінічні прояви соматичних порушень можуть бути подібними до соматичних симптомів тривоги, маскуючи вже ТР, погіршуючи загальний перебіг хворобливого стану і якість життя пацієнта. З метою клінічної верифікації здорової тривоги, тривожних реакцій та ТР використовують класифікаційні критерії Міжнародної класифікації хвороб-10, DSM-5 та певний алгоритм тестування: шкала самооцінки тривоги; чотиривимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації 4DSQ; госпітальна шкала тривоги та депресії HADS; шкала тривоги Гамільтона тощо. Терапія ТР відповідно до міжнародних стандартів є поєднанням фармакотерапії та психотерапії, причому психотерапію на- вів низької інтенсивності вважають першою лінією терапії при ТР. Провідними методами психотерапії вважають когнітивно-поведінкову терапію та прогресивну релаксацію, але дієві багато інших психотерапевтичних підходів. Стандарти доказової медицини для психофармакотерапії ТР як першої лінії рекомендують селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (CІЗЗС), селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (CІЗЗСН) і прегабалін. Саме прегабалін доцільно застосовувати як терапію першої лінії у пацієнтів з інтелектуальною недостатністю, а також при терапевтичній резистентності до CІЗЗС, CІЗЗСН. З урахуванням позитивного впливу на сон, соматичні компоненти тривоги і больовий синдром його можна рекомендувати до широкого застосування у пацієнтів із тривогою у загальномедичній практиці. Пацієнтам із ТР не слід призначати бензодіазепіни або нейролептики в разі відсутності специфічних клінічних причин.

Ключові слова: психосоматика, тривога, діагностика, терапія.

Психосоматичний підхід до проблем здоров'я

Біопсихосоціальна парадигма сучасної медицини підкреслює, що здоров'я людини невід'ємно пов'язане із природними та соціальними факторами, а його хворобливі зміни є індикатором, який дуже чітко відображає цивілізаційні зміни (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2004). Причому останніми десятиліттями внаслідок науково-технічного прогресу ці зміни пришвидшуються, а соціум стає агресивнішим стосовно людини (Хаустова О.О., 2009). У соціології навіть з'явився усталений термін — VUCA, який описує характеристики сучасного світу, такого непривітного для людини, зібрані в абревіатурі: Volatility (нестабільність), Uncertainty (невизначеність), Complexity (складність), Ambiguity (неоднозначність) (Цимбал І.В. та співавт., 2015).

Для вразливої людини провідним джерелом дистресу, що погіршує її фізичне та психічне здоров'я, постають різноманітні дисфункціональні соціальні взаємодії, а саме розриви та/чи деформація комунікативного поля в родинній та/або виробничій сфері (Хаустова О.О., 2009). Більше того, дані сучасних досліджень свідчать, що в багатьох людей реакції на соціальний стрес виходять за межі норми із формуванням дезадаптивних реакцій за типом невротизації (невротичні реакції), соматизації (психосоматичні розлади) та поведінкових відхилень (психопатоподібна та/чи адиктивна поведінка) із домінуванням у психічному стані людини перманентного дистресу, тривоги й депресії. Причому тільки психосоматичний варіант реагування є соціально схвальним у суспільстві, що зумовлює формування хронічних неінфекційних захворювань згідно з locus minoris resistentiae. Відповідно, він є найпоширенішим варіантом реагування на стрес на відміну до двох інших (невротизація та поведінкові відхилень), що стигматизуються на рівні мікро-, мезо- та макросоціуму (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2004; Chaban O.S., Khaustova O.O., 2015).

За даними аналізу психічного здоров'я населення України за період 2009–2013 рр. захворюваність на розлади психіки та поведінки знизилася на 11,9% (з 605,0 до 532,8 на 100 тис. населення) (ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», 2014), що може бути зумовлене як гіподіагностикою психічних розладів (ПР), особливостями в організації надання психіатричної допомоги, відсутністю статистичного обліку пацієнтів, які обслуговуються у психіатрів недержавних закладів, так і ставленням населення до стану психічного здоров'я, культурою і традиціями щодо ставлення до осіб із вадами психіки та поведінки.

Психосоматичний підхід, який поєднує психотерапевтичні, психофармакологічні та превентивні стратегії вже на рівні первин-

ної медичної допомоги, може забезпечити успіх у покращенні здоров'я. Саме він пояснює взаємодію між біологічними та психологічними факторами та їх вплив на розвиток і перебіг захворювань; вплив негативних стресових факторів на нейроендокринну регуляцію соматичних процесів; індивідуальний вплив психосоціальних чинників на розвиток захворювань; спосіб, в який хронічний стрес викликає гіперфізіологічні реакції імунної, серцево-судинної, дихальної, травної систем, включаючи мозок з його емоційними, поведінковими та когнітивними реакціями; необхідність надання психологічної допомоги для профілактики, лікування та реабілітації пацієнтів із соматичними захворюваннями (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2004; Chaban O.S., Khaustova O.O., 2015).

Таким чином, психосоматичний підхід висвітлює як способи, якими стрес та соціально-економічні проблеми, взаємодіючи зі стилем життя та поведінкою, можуть впливати безпосередньо на здоров'я людини, так і шляхи збереження цього здоров'я.

Тривога: особливості проявів і класифікації

Тривога — психологічний та/чи фізіологічний стан, який включає емоційну, поведінкову, соматичну та когнітивну складову. Тривога, як і депресія, може бути як окремим симптомом, так і проявом цілої низки ПР (Хаустова Е.А., Безшейко В.Г., 2012).

Тривога для людини є нормальним захисним механізмом, який вона отримала у процесі еволюційного розвитку. У нормі вона буває транзиторною та контрольованою. Визначають такі критерії здорової тривоги (Fava G.A. et al., 2017):

- А — загальне хвилювання з приводу хвороби, занепокоєння щодо болю і тілесних відчуттів (намагання перебільшувати соматичні відчуття);
- В — занепокоєння та страхи, асоційовані з відповідною медичною ситуацією, навіть нові побоювання можуть виникати через деякий час.

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. Крім того, тривога — одна з найперших психічних реакцій, яка впливає на розвиток хвороби або передуює їй (Хаустова О.О., 2012).

Понад 28% людей хоч би раз у житті відчували симптоми тривожного розладу (ТР). За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я за 2015 р., близько 264 млн (3,6%) людей у світі відзначали різні види ТР. У період 2005–2015 рр. їх кількість зросла на 14,9%. Згідно з даними Інституту метрики та оцінки здоров'я (Institute

for Health Metrics and Evaluation — IHME), станом на 2016 р. цей показник ще вищий — 3,83%. На [рисунок](#) відображена спроба дати справжню оцінку (що виходить за рамки підтвердженого діагнозу) поширеності розладів на основі медичних та епідеміологічних даних, опитувань і метарегресійного моделювання.



Рисунок. Частка (%) від загальної кількості населення з розладами психічного здоров'я або вживання психоактивних речовин

До ТР відносять: генералізований ТР (ГТР), панічний розлад, специфічні фобії, соціальний ТР, агорафобію, obsесивно-компульсивний розлад та посттравматичний стресовий розлад ([табл. 1](#)).

Тривога — один із найпоширеніших проявів психічної патології та частий симптом при депресії, гострих галюцинаторно-маячних, органічних розладах, алкоголізмі та інших залежних розладах. Коли тривога та депресія супроводжують одна одну, говорять про змішаний тривожно-депресивний розлад, проте якщо симптоми тривоги та депресії стають однаково тяжкими — про коморбідний розлад.

Деякі ознаки ТР відзначають і в пацієнтів соматичного профілю (Корнацький В.М. і соавт., 2011; Чабан О.С., 2014; Клебан К.І., 2015; Сапон Д.М., 2016). Симптоми ТР можуть також маскувати деякі соматичні хворобливі стани (дисфункцію надниркових залоз, аритмію, бронхіальну астму, цукровий діабет, синдром подразненої товстої кишки, інфаркт міокарда, судомні напади, захворювання щитоподібної залози тощо). Отже, необхідно диференціювати ТР з цими та іншими захворюваннями, а також із передозуванням або відміною деяких препаратів.

Серед соматичних проявів тривоги виділяють:

- серцево-судинні: прискорене серцебиття, тахікардію, екstrasистолію, неприємні відчуття чи біль у грудях, коливання артеріального тиску, переднепритомний стан, приливи жару або холоду, пітливість, холодні й вологі долоні;
- дихальні: відчуття клубка в горлі або непроходження повітря, відчуття браку повітря, задишка, нерівномірність дихання, незадоволеність вдихом;
- неврологічні: запаморочення, головний біль, переднепритомний стан, тремор, м'язові посмикування, здригання, парестезії, напруження та біль у м'язах, порушення сну;
- шлунково-кишкові: нудоту, сухість у роті, диспепсію, діарею або запор, біль у животі, метеоризм, порушення апетиту;
- сечостатеві: прискорене сечовипускання, зниження лібідо, імпотенцію;
- терморегуляторні: безпричинні субфебрилітет і озноб.

Психічні порушення під маскою соматичних симптомів на рівні первинної ланки медичної допомоги рідко діагностують і внаслідок цього — адекватно не лікують. Гіподіагностика зумовлена ще й тим, що тривожні та депресивні симптоми сприймаються пацієнтом, і нерідко й лікарем, як соматичні.

Таблиця 1. ТР

| | ТР | | | | | |
|-------------------------|--|---|---|---|--|--|
| | Прості фобії | Панічний розлад | Obsесивно-компульсивний розлад | Посттравматичний стресовий розлад | Соціальний ТР | ГТР |
| Симптоми тривоги | • Боязнь змій • боязнь крові • страх летати в літаку • страх висоти | • Страх смерті • панічна атака • страх іти • важко дихати • біль у грудях | • Страх користуватися громадським туалетом • нав'язливості думки про секс • галюцинації • думки про смерть | • Повторне переживання травми • нічні жахи • заціпеніння • роздратованість | • Страх приниження • страх публічних виступів • страх користуватися громадським туалетом | • Тривога • напруження • депресія • агресія |

У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ) 10-го перегляду термін «психосоматичні хвороби» не використовують з огляду на його неоднозначне значення в різних мовах та різні медичні традиції, а також для того щоб не виникало думки, нібито при інших захворюваннях психологічні фактори не мають значення в їх виникненні та перебігу (World Health Organization, 1992).

Розлади, визначені як психосоматичні в інших класифікаціях, у МКХ-10 знаходяться в рубриках:

- F45 — Соматоформні розлади (F45.0 — Соматизований розлад, F45.2 — Іпохондричний розлад, F45.3 — Соматоформна вегетативна дисфункція, F45.4 — Хронічний соматоформний больовий розлад, F45.9 — Соматоформний розлад неуточнений);
- F44 — Дисоціативний (конверсійний) розлад;
- F48 — Неврастенія;
- F50 — Розлади прийняття їжі;
- F54 — Психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з розладами або захворюваннями, що класифіковані в інших рубриках.

Для реєстрації соматичного стану використовують свій код у поєднанні з рубрикою F54: бронхіальна астма (J45), виразка шлунка (K25), виразковий коліт (K51), дерматит (L23–L25).

Для встановлення діагнозу «Соматоформний розлад» потрібна одночасна наявність усіх нижченаведених ознак без винятку:

- відсутні дані про істотне структурне чи функціональне порушення зазначеного органа чи системи;
- симптоми захворювання тісно пов'язані з неприємними життєвими обставинами, труднощами та конфліктами;
- заклопотаність і засмученість із приводу можливого серйозного (але часто невизначеного) захворювання цього органа чи системи, причому повторні пояснення і переконання лікарів стосовно цього залишаються безрезультатними.

До соматоформної вегетативної дисфункції F45.3 відносять: кардіальний невроз, синдром Да Коста, гастроневроз, нейроциркуляторну астенію, психогенну форму аерофагії, психогенну форму кашлю, психогенну форму діареї, психогенну форму диспепсії, психогенну форму дизурії, психогенну форму метеоризму, психогенну форму гикавки, психогенну форму глибокого та частого дихання, психогенну форму частого сечовипускання, психогенну форму роздратованого кишечника, психогенну форму пілороспазму.

При соматизованому розладі вегетативні симптоми можуть виникати протягом декількох років, але вони не є вираженими і сталими та не приписуються весь час до одного органа чи системи.

У класифікації DSM-5 з'явилася категорія «Розлад із соматичними симптомами і аналогічні розлади», що відповідає категорії соматоформних розладів у МКХ-10 (American Psychiatric Association, 2013). Діагноз «Розлад з соматичними симптомами» за DSM-5 може бути встановлений на рівні з діагнозом з іншої медичної спеціальності тільки в разі поєднання соматичних симптомів з аномальними думками, почуттями і поведінкою. Із DSM-5 вилучені розлади соматизації, іпохондрія, больовий розлад і неуточнений соматоформний розлад. Це пов'язано з тим, що встановлення таких діагнозів дуже часто викликає складнощі у спеціалістів первинної медичної мережі, до яких вони найчастіше потрапляють. Тож відмінності у групі соматоформних розладів у DSM-IV та DSM-5 представлені в [табл. 2](#).

Тривога негативно впливає на якість життя людини, порушуючи фізичне, психічне та соціальне функціонування. Отже, рання діагностика та лікування ТР — важливі складові курації хворих, спрямовані на запобігання хронізації та соматизації ТР.

Алгоритм діагностики ТР

Встановлення діагнозу ТР відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу» є виключно компетенцією лікаря-психіатра чи комісії лікарів-психіатрів (рубрики F0–9 за МКХ-10).

Таблиця 2. Відмінності соматоформних розладів у DSM-IV та DSM-5

| DSM-5 | DSM-IV |
|--|---|
| Розлад із соматичними симптомами | Соматизований розлад Соматоформний розлад неуточнений Больовий розлад Іпохондрія |
| Розлад тривожного спектра | Іпохондрія |
| Розлад із функціональними неврологічними симптомами | Конверсійний розлад |
| Психологічні фактори, які впливають на інші медичні стани | Психологічні фактори, які впливають на інші медичні стани |
| Дисморфобічний розлад | Дисморфобічний розлад |
| Симуляційний розлад | Симуляційний розлад |
| Інший диференційований/недиференційований соматичний симптом та відповідний розлад | Неспецифічний соматоформний розлад |

Лікарі всіх інших спеціальностей мають такі компетенції щодо ПР (Чабан О.С. та співавт., 2018):

- запідозрити наявність ПР;
- встановити синдромальний діагноз;
- встановити діагноз психологічного розладу;
- направити пацієнта на консультацію до лікаря-психіатра;
- проводити терапію, реабілітацію тяжких розладів разом із лікарем-психіатром;
- проводити терапію легких/помірних розладів самостійно в межах клінічних настанов і уніфікованих протоколів.

Лікарям непсихіатричного профілю рекомендуємо до використання рубрики R45 і R46 за МКХ-10, за якими можна верифікувати в тому числі тривогу.

- R45 — Симптоми та ознаки, що відносять до емоційного стану (R45.0 — Нервозність; R45.1 — Стурбованість та збудження; R45.2 — Почуття нещастя; R45.3 — Деморалізований стан та апатія; R45.4 — Роздратованість та гнів; R45.5 — Ворожість; R45.6 — Фізичне насильство; R45.7 — Стан емоційного шоку та стресу, неуточнений; R45.8 — Інші симптоми та ознаки, що відносять до емоційного стану);
- R46 — Симптоми та ознаки, що відносять до зовнішнього вигляду та поведінки (R46.0 — Дуже низький рівень особистої гігієни; R46.1 — Анормальний зовнішній вигляд; R46.2 — Дивна та незрозуміла поведінка; R46.3 — Надактивність; R46.4 — Сповільненість та знижене сприйняття; R46.5 — Підозрілість та помітна ухильність; R46.6 — Надмірне занепокоєння та неуважність зі стресовими наслідками; R46.7 — Багатослівність та дріб'язкова деталізація, що ускладнюють контакт; R46.8 — Інші симптоми та ознаки, що відносять до зовнішнього вигляду та поведінки).

Клініка Майо надає такі поради для осіб із нападами тривоги/паніки: якщо ви раптом відчуваєте такі напади, ви маєте шукати подальший діагноз, особливо якщо жоден із таких факторів не стосується вас:

- жоден з ваших родичів не має ТР;
- у дитинстві у вас не було ТР;
- тривога з'явилася поступово і, здавалося би, непрямо, ви не уникаєте певних речей або ситуацій через тривогу (Fava G.A. et al., 2017).

Організація спеціалізованої системи допомоги в закладах первинної медичної ланки — найперспективніший метод для раннього виявлення психічних порушень у соматичних пацієнтів. Клініко-психопатологічне та анамнестичне дослідження особливостей психічного статусу пацієнтів із різними захворюваннями дозволяє констатувати:

- клінічну неоднорідність порушень психіки у соматичних хворих;
- залежність проявів від преморбідної акцентуації особистості хворих, тривалості й тяжкості соматичного захворювання, особливостей психотравмуючих факторів, співвідношення часу появи психічних та соматичних порушень;
- необхідність диференційованого підходу при побудові системи психотерапії соматичних хворих.

Оцінка психічного стану пацієнта і діагноз часто залежать від того, які зміни визначив лікар. Для об'єктивізації та стандартизації оцінки психічного статусу використовують різноманітні шкали, тести й опитувальники. Застосування поширених міжнародних шкал, опитувальників дозволяє оптимізувати діагностику, лікувальну тактику та оцінку динаміки психічного стану пацієнта в по-

єднанні із сучасними інструментальними та лабораторними методами обстеження. Розглянемо поетапний алгоритм діагностики тривоги із застосуванням низки найдодільніших у цьому випадку шкал (Чабан О.С. та співавт., 2018).

- I етап діагностики — після отримання інформованої згоди пацієнта проводять скринінгове тестування за допомогою самоопитувальника «Шкала самооцінки тривоги» (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2004), або за наявності показань — скринінг депресії тощо.
- II етап діагностики — у разі отримання позитивного результату на I етапі доцільне подальше обстеження з використанням індивідуалізованої діагностичної програми, створеної з декількох методик, наприклад чотиривимірного опитувальника для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації (4DSQ) (Terluin B. et al., 2006), госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983), шкали тривоги Гамільтона (Maier W. et al., 1988) та ін.

Оцінка певного психопатологічного феномену за діагностичною шкалою не є тотожною діагнозу ПР, але дозволяє визначити ступінь порушення й обґрунтувати обсяг терапії.

Шкала самооцінки тривоги (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2004)

Пацієнту пропонують позначити (+) ствердження, які відповідають йому та його настрою протягом щонайменше останніх 2 тиж (табл. 3), і бути щирим у своїх відповідях. При ≥ 7 стверджувальних відповідях для успішного лікування за наявності соматичної проблеми рекомендована консультація в медичного психолога чи фахівця з психосоматичної медицини.

Чотиривимірний опитувальник симптомів (4DSQ)

Чотиривимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire — 4DSQ) розроблений у 1994 р. (табл. 4). Мета опитувальника — допомогти спеціалістам диференціювати синдроми, пов'язані зі стресом (нервовий зрив, вигорання) та ПР (депресія, ТР). 4DSQ складається із 50 пунктів, які оцінюють стан пацієнта за останні 7 днів. Варіанти відповідей на питання сформульовані як «Ні», «Іноді», «Регулярно», «Часто», «Дуже часто або постійно». Відповіді оцінюють за шкалою 0–2 бали, де 0 — «Ні», 1 — «Іноді», 2 — для всіх інших варіантів відповідей. При обробці опитувальника кількість балів підсумовують згідно з окремими шкалами. Шкала дистресу містить 16 пунктів (загальна сума балів 0–32), шкала депресії — 6 пунктів (загальна сума балів 0–12), шкала тривожності — 12 пунктів (загальна сума балів 0–24), шкала соматоформних порушень —

Таблиця 3. Шкала самооцінки тривоги (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2004)

| Твердження | Так (+)/ Ні (–) |
|--|--------------------|
| Я відчуваю нервозність та роздратування | |
| У мене часто є відчуття внутрішнього тремтіння, ознобу | |
| Я став надмірно лякливим | |
| У мене виникають безпричинні раптові напади страху | |
| Я часто відчуваю неприємні передчуття чогось поганого попереду | |
| Я не отримую задоволення від життя так, як це було раніше | |
| У мене порушений сон | |
| Я постійно відчуваю напруження у тілі, неможливість розслабитися | |
| Через страхи я уникаю певних місць чи певної діяльності | |
| У мене буває частий головний біль незрозумілого характеру | |
| Я часто переживаю через дрібниці | |
| У мене періодично без причини виникає сильне серцебиття | |
| Мені стало важко зосереджуватися на звичній раніше діяльності | |
| Я став лякливим та постійно стурбованим | |
| У мене з'явилася підвищена пітливість | |
| Мені стало важко приймати будь-яке рішення | |
| Я не можу розслабитися та повноцінно відпочити | |
| У мене з'явилася забруднене дихання, відчуття нестачі повітря | |
| Я часто відчуваю то жар, то холод, без всяких на те причин | |
| Останнім часом мені важко зосередитися на тому, що я читаю, слухаю чи переглядаю | |
| У мене поверхневий і чутливий сон | |
| Я почав значно частіше відвідувати туалет | |
| Я часто відчуваю якийсь дискомфорт у животі | |
| У мене є проблеми із сексуальним життям | |
| Я часто відчуваю «кубок» у горлі | |
| У мене часто з'являються незрозумілі неприємні відчуття у тілі | |
| Моя маса тіла останнім часом змінилася | |
| У мене з'явилася неспосидючість | |
| Я постійно хвилююся та переживаю за рідних | |
| Мені важко зосередитися на звичній діяльності | |

16 пунктів (загальна сума балів 0–32). Пацієнт має заповнювати варіант опитувальника, де не зазначена кількість балів, яку він отримує за кожен варіант відповіді й не вказані підшкали опитувальника (Terluin B. et al., 2006).

Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS)

Шкала HADS має високу валідність щодо двох феноменів: тривоги і депресії; її використовують для виявлення та оцінки тяжкості цих симптомів в умовах загальносоматичної мережі (табл. 5). Перевагами цієї шкали є простота застосування й обробка (заповнення шкали не вимагає тривалого часу й не викликає труднощів у пацієнта) (Zigmond A.S., Spait R.P., 1983).

Бланк шкали видають пацієнту для самостійного заповнення та супроводжують інструкцією: «Прочитайте уважно кожне твердження і в порожній графі зліва відзначте (+) відповідь, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували минулого

тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Ваша перша реакція завжди буде найбільш вірною».

Шкала містить 14 тверджень, які складаються у дві підшкали:

Т (тривога) — непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 та Д (депресія) — парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки й кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність ознаки) до 4 балів (максимальна її вираженість). Оцінку за кожною зі шкал проводять окремо. Таким чином, максимальна оцінка становить 21 для депресії та 21 — для тривоги.

Критерії оцінювання:

- 0–7 — норма;
- 8–10 — зона ризику (присутність феномену) або легкий ступінь тяжкості;
- ≥11 — ймовірна наявність розладу настрою (11–15 — помірний, 16–21 — тяжкий ступінь).

Таблиця 4. Чотиривимірний опитувальник симптомів (4DSQ)

| 4DSQ | Ні | Іноді | Регулярно | Часто | Дуже часто/ Постійно | Шкала |
|---|----|-------|-----------|-------|-------------------------|-------------|
| Бали за відповідь | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | |
| Чи були у Вас нижченаведені скарги протягом останніх 7 днів? | | | | | | |
| Запаморочення/пресинкопальний стан | | | | | | Соматизація |
| Біль у м'язях | | | | | | Соматизація |
| Непритомність | | | | | | Соматизація |
| Біль у шиї | | | | | | Соматизація |
| Біль у спині | | | | | | Соматизація |
| Підвищена пітливість | | | | | | Соматизація |
| Прискорене серцебиття | | | | | | Соматизація |
| Головний біль | | | | | | Соматизація |
| Відчуття здуття живота | | | | | | Соматизація |
| Затуманений зір/«мушки» перед очима | | | | | | Соматизація |
| Відчуття нестачі повітря | | | | | | Соматизація |
| Нудота/розлад шлунка | | | | | | Соматизація |
| Біль у ділянці шлунка/живота | | | | | | Соматизація |
| Покочування в пальцях | | | | | | Соматизація |
| Тиск у грудній ділянці | | | | | | Соматизація |
| Біль у грудях | | | | | | Соматизація |
| Поганий/пригнічений настрій | | | | | | Дистрес |
| Безпричинний страх | | | | | | Тривога |
| Відчуття журби | | | | | | Дистрес |
| Неспокійний сон | | | | | | Дистрес |
| Страх неясного походження | | | | | | Тривога |
| Байдужість до оточуючого | | | | | | Дистрес |
| Тремтіння у присутності інших людей | | | | | | Тривога |
| Тривога/панічні атаки | | | | | | Тривога |
| Чи були у Вас нижченаведені відчуття протягом останніх 7 днів? | | | | | | |
| Напруження | | | | | | Дистрес |
| Роздратованість | | | | | | Дистрес |
| Страх | | | | | | Тривога |
| Відсутність сенсу будь-чого | | | | | | Депресія |
| Що Ви більше нічого не можете робити | | | | | | Дистрес |
| Що життя нічого не варте | | | | | | Депресія |
| Що Вам більше не цікаві люди та речі, які Вас оточують | | | | | | Дистрес |
| Що Ви більше не справляєтеся | | | | | | Дистрес |
| Що Вам би було легше, якби Ви померли | | | | | | Депресія |
| Що нічого більше не приносить Вам задоволення | | | | | | Депресія |
| Що Ви знаходитеся у безвихідному становищі | | | | | | Депресія |
| Що Ви не можете більше впоратися із ситуацією, що склалася | | | | | | Дистрес |
| За останній тиждень Ви: | | | | | | |
| Відчували, що нічим не хочете займатися? | | | | | | Дистрес |
| Міркували не так ясно, як раніше? | | | | | | Дистрес |
| Мали проблеми із засинанням? | | | | | | Дистрес |
| Боялися вийти з дому одні? | | | | | | Тривога |
| Протягом останнього тижня: | | | | | | |
| Вас було легко схвилювати? | | | | | | Дистрес |
| Ви боялися того, чого зовсім не варто було би боятися (тварин, висоти, маленьких приміщень тощо)? | | | | | | Тривога |
| Вам було лляно подорожувати громадським транспортом? | | | | | | Тривога |
| Ви боялися зганьбитися перед іншими людьми? | | | | | | Тривога |
| Ви відчували, що Вам загрожує невідома небезпека? | | | | | | Тривога |
| У Вас були думки «Якби ж я помер»? | | | | | | Депресія |
| Ви прокручували у голові думки/спогади про подію (-ії) Вашого життя, які Вас засмучували? | | | | | | Дистрес |
| Вам було дуже важко відганяти від себе неприємні думки про подію (-ії), що Вас засмучують? | | | | | | Дистрес |
| Ви уникали деяких місць, бо вони Вас лякали? | | | | | | Тривога |
| Ви були змушені по кілька разів на день повторювати одні й ті ж дії, перше ніж могли зробити щось ще? | | | | | | Тривога |

Шкала тривоги Гамільтона (Hamilton Anxiety Scale – HAM-A)

У клінічній практиці та клінічних дослідженнях найчастіше використовують шкалу тривоги Гамільтона, створену в 1959 р. (табл. 6). Аналогічно відомій шкалі депресії HAM-D, вона створена на основі ретельного емпіричного аналізу клінічних даних. Результати подальших наукових досліджень підтвердили валідність та клінічну значимість шкали (Maier W. et al., 1988). Наразі шкала тривоги Гамільтона — важливий, точний і зручний діагностичний інструмент, який застосовують у повсякденній практиці лікарів-спеціалістів, що часто мають справу з ТР, лікарів-психіатрів. Шкала тривоги Гамільтона є золотим стандартом клінічних наукових досліджень, оскільки дозволяє клінічно достовірно оцінити вираженість ТР в широкому діапазоні.

Процедура проведення обстеження за HAM-A передбачає використання напівструктурованого інтерв'ю, під час якого лікар зокрема збирає анамнестичні відомості й спостерігає за поведінкою та іншими невербальними проявами досліджуваних психопатологічних феноменів. Шкала не є самооцінювальником, тому не передбачає пред'явлення її пацієнтові або наявності прямих запитань щодо тривоги. Тривалість обстеження — 20–30 хв.

Шкала складається з 14 пунктів, кожен з яких оцінюють за шкалою Лайкерта у 0–4 балів. 13 пунктів відносять до проявів тривоги в повсякденному житті, 14-й — до прояву тривоги при огляді. У шкалі HAM-A варіанти відповідей стандартизовані: кожен пункт може внести однакову кількість балів у значення шкали й немає необхідності прописувати окремі варіанти відповідей для кожного пункту, що спрощує розуміння шкали та процедуру підрахунку.

0 балів означає відсутність симптому, 1 — легкий, 2 — помірний, 3 — тяжкий, 4 — дуже тяжкий ступінь прояву симптому. Загальна сума балів — 0–56.

Для отримання загального бала, що відображає тяжкість ТР, необхідно скласти бали за всіма пунктами. Перші 6 пунктів можуть бути оцінені окремо як прояви тривоги у сфері психіки, інші 8 — у соматичній сфері. Загальна оцінка ≤6 балів свідчить про відсутність симптомів тривоги, 7–13 — зону ризику можливої наявності ТР, 14–20 — легку тривогу, 21–28 — середньо виражений ТР (симптоматичну тривогу), ≥29 — тяжкий ступінь тривоги.

Терапія ТР

Відповідно до міжнародних стандартів курації пацієнтів із ТР, оптимальною тактикою лікування є поєднання фармакотерапії та психотерапії (Gaebl W. et al., 2012). За стандартом якості NICE QS53 2014 р. психотерапію вважають першою лінією терапії при ТР, причому дієвими є навіть заходи низької інтенсивності, що включають самопоміччя й психологічні методи лікування високої інтенсивності. Також наголошується, що особам із ТР не слід призначати бензодіазепіни або нейролептики за відсутності специфічних клінічних причин (NICE, 2014).

Провідним методом психотерапії є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), спрямована на розуміння пацієнтом механізмів виникнення симптомів тривоги й вибудовування спільно з ним тактики їх опанування та редукції. Прогресивна релаксація також визнана дієвим методом. Можуть бути застосовані раціональна психотерапія, гештальт-терапія, короткострокова динамічна терапія, інші релаксаційні методи, біологічний зворотний зв'язок, виявлення можливих психологічних причин і джерел симптомів, виведення пацієнта із психотравмуючої ситуації або її дезактуалізація, психоосвітня робота з пацієнтом та його сім'єю (демонстрація зв'язку симптомів із психологічними проблемами), сімейна терапія, аутотренінг, методи особистісного зростання, тренінг соціальних і комунікаційних навичок, виявлення і розширення значущих для пацієнта міжособистісних зв'язків, терапія зайнятості тощо (Derogatis L.R., 1979; Asanova A., Khaustova O., 2018; Cramer P., 2000; Snowden D.A., Friesen W.V., 2001).

Стандарти доказової медицини, наведені в міжнародних клінічних настановах, для психофармакотерапії ТР як першу лінію рекомендують селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (C133C), селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (C133CH) і прегабалін (Clark D.M., 2011). Так, згідно з рекомендаціями Всесвітньої федерації товариств біологічної психіатрії (World Federation of Societies of Biological Psychiatry — WFSBP), прегабалін разом із C133C та C133CH є препаратом першого вибору при ГТР (Sjoberg G., Feuchting K., 2010).

Таблиця 5. Госпітальна шкала тривоги (Т) і депресії (Д) (HADS)

| Д | Т | Симптом |
|---|---|--|
| 3 | Т | 1. Я відчуваю напруженість |
| 2 | | Увесь час |
| 1 | | Часто |
| 0 | | Час від часу, іноді |
| 0 | Д | 2. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене такі самі почуття |
| 0 | | Безумовно, так |
| 1 | | Напевно, так |
| 2 | | Лише в дуже малій мірі |
| 3 | | Зовсім не так |
| 3 | Т | 3. Я відчуваю страх. Здається, начебто може от-от статися щось жахливе |
| 3 | | Безумовно, так, і страх дуже сильний |
| 2 | | Так, але страх не дуже сильний |
| 1 | | Іноді страх буває, але це мене майже не турбує |
| 0 | | Зовсім не відчуваю страху |
| 0 | Д | 4. Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне |
| 0 | | Безумовно, так |
| 1 | | Напевно, так |
| 2 | | Лише в дуже малій мірі |
| 3 | | Зовсім не здатний |
| 3 | Т | 5. Неспокійні думки крутяться в мене в голові |
| 3 | | Постійно |
| 2 | | Велику частину часу |
| 1 | | Час від часу |
| 0 | | Зрідка |
| 0 | Д | 6. Я відчуваю бадьорість |
| 3 | | Зовсім не відчуваю |
| 2 | | Дуже рідко |
| 1 | | Іноді |
| 0 | | Практично весь час |
| 0 | Т | 7. Я легко можу сісти і розслабитися |
| 0 | | Безумовно, так |
| 1 | | Напевно, так |
| 2 | | Лише зрідка |
| 3 | | Зовсім не можу |
| 0 | Д | 8. Мені здається, що я став все робити дуже повільно |
| 3 | | Практично весь час |
| 2 | | Часто |
| 1 | | Іноді |
| 0 | | Зовсім ні |
| 0 | Т | 9. Я відчуваю внутрішнє напруження чи тремтіння |
| 0 | | Зовсім не відчуваю |
| 1 | | Іноді |
| 2 | | Часто |
| 3 | | Дуже часто |
| 0 | Д | 10. Я не стежу за своєю зовнішністю |
| 3 | | Безумовно, так |
| 2 | | Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно |
| 1 | | Можливо, я став менше приділяти цьому увагу |
| 0 | | Я стежу за собою так само, як і раніше |
| 0 | Т | 11. Я відчуваю непосидючість, наче мені постійно потрібно рухатися |
| 3 | | Безумовно, так |
| 2 | | Напевно, так |
| 1 | | Лише деякою мірою |
| 0 | | Зовсім не відчуваю |
| 0 | Д | 12. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення |
| 0 | | Точно так само, як і зазвичай |
| 1 | | Так, але не в тій мірі, як раніше |
| 2 | | Значно менше, ніж зазвичай |
| 3 | | Зовсім не вважаю |
| 0 | Т | 13. У мене буває раптове почуття паніки |
| 3 | | Дуже часто |
| 2 | | Досить часто |
| 1 | | Не так вже й часто |
| 0 | | Зовсім не буває |
| 0 | Д | 14. Я можу одержати задоволення від хорошої книги, радіо- чи телепередачі |
| 0 | | Часто |
| 1 | | Іноді |
| 2 | | Рідко |
| 3 | | Дуже рідко |
| | | Загальна сума балів |

В оновленій у 2018 р. клінічній настанові з терапії ТР для дорослих Національної служби охорони здоров'я Великобританії (National Health Service — NHS) 2017 р. окремо зауважується, що прегабалін можна призначати за відсутності терапевтичної відпо-

Таблиця 6. Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A)

| Ступені прояву симптому (1 бал – легкий, 2 – помірний, 3 – тяжкий, 4 – дуже тяжкий) | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Симптоми | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Тривожний настрій (стурбованість, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Напруження (відчуття напруження, здригання, плаксивість, тремтіння, відчуття занепокоєння, нездатність розслабитися) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Страхи (темряви, незнайомих, самотності, тварин, натовпу, транспорту) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Інсомнія (утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості й слабкості при пробудженні, кошмарні сні) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Інтелектуальні порушення (утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Депресивний настрій (втрата звичних інтересів та почуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Соматичний м'язовий біль (біль, посмикування, напруження, судими клонічні, скрипіння зубами, голос, що зривається, підвищений м'язовий тонус) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Соматичні сенсорні симптоми (дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару і холоду, відчуття слабкості, поколювання) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Серцево-судинні симптоми (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Респіраторні симптоми (тиск і стиснення в грудях, задуха, часті зітхання) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Гастроінтестинальні симптоми (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювання, бурчання в животі, діарея, запор, зменшення маси тіла) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Сечостатеві симптоми (прискорене сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібіді, імпотенція) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Вегетативні симптоми (сухість у роті, почервоніння чи блідість шкіри, пітливість, головний біль із відчуттям напруження) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Поведінка при огляді (совання на стільці, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, нахмурювання обличчя, напружений вираз обличчя, зітхання чи прискорене дихання, часте ковтання слини) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

віді на CI33C/CI33CH, або як першу лінію терапії, особливо у пацієнтів з інтелектуальною недостатністю (Wells J., Principal Pharmacist MH & LD Divisions, 2017).

Прегабалін схвалений для гострої та підтримувальної терапії ГТР Європейським медичним агентством (European Medicines Agency — EMA) у 2006 р. Також він ліцензований в Європі для лікування при епілепсії та невротичного болю. Є дані про його ефективність при алкогольному та бензодіазепіновій залежності (Bandelow B. et al., 2007; Di Nicola M. et al., 2010; Oulis P., Konstantakopoulos G., 2012; Wensel T., Powe K., 2012).

За результатами 8 рандомізованих подвійних сліпих плацебо-контрольованих досліджень прегабалін довів значну ефективність при генералізованому ТР (Feltner D.E. et al., 2003; Pande A.C. et al., 2003; Pohl R.B. et al., 2005; Rickels K. et al., 2005; Montgomery S.A. et al., 2006; Feltner D. et al., 2008; Montgomery S. et al., 2008; Kasper S. et al., 2009). Критерієм ефективності терапії є зниження на $\geq 50\%$ сумарного бала за HAM-A порівняно з початковим. Вираженість ГТР в усіх цих дослідженнях була середня чи висока (23–27 балів за HAM-A). Доза прегабаліну становила 150–600 мг/добу.

Прегабалін виявився значно ефективнішим за плацебо в усіх клінічних дослідженнях, за винятком дози 150 мг/добу, де в одному дослідженні відмінність між препаратами не досягла ступеня достовірності (Feltner D.E. et al., 2003). У кінці досліджень зниження загального бала за HAM-A у групі прегабаліну становило 9,24–14,7, у групі плацебо — 6,82–11,7 бала. Клінічний ефект прегабаліну досягав статистично значущої відмінності від плацебо вже на 1-му тижні терапії (Montgomery S.A. et al., 2006). В одному відкритому дослідженні виявлено, що редукція рецидивів протягом 24 тиж становила 50% лише в осіб, які отримували 450 мг прегабаліну, але не плацебо. Крім того, в осіб, які отримували активний препарат, значно подовжувався період між нападами тривоги (Feltner D. et al., 2008).

Також зроблено пряме порівняння ефективності прегабаліну з венлафаксином, лоразепамом і алпразоломом (Pande A.C. et al., 2003; Rickels K. et al., 2005; Kasper S. et al., 2009). У жодному не показано значимої переваги препарату порівняння над прегабаліном. Більше того, середня доза прегабаліну (424 мг/добу) виявилася ефективнішою за фіксовану дозу венлафаксину (75 мг/добу) вже до 4-го дня лікування (Kasper S. et al., 2009).

Протирецидивну ефективність прегабаліну оцінювали у 6-місячному плацебо-контрольованому дослідженні за участю 624 хворих із ГТР, в яких отримано початкову клінічну відповідь при застосуванні фіксованої дози прегабаліну 450 мг/добу (Feltner D. et al., 2008). Прегабалін статистично достовірно перевершував плацебо щодо подовження періоду без нападів тривоги ($p < 0,0001$). До кінця дослідження через 6 міс рецидив розвинувся у 42% хворих групи прегабаліну та у 65% — плацебо.

Аналіз ефективності прегабаліну в різних дозах (середня доза — 270 мг/добу) у 177 хворих похилого віку з ГТР (> 65 років, середній бал за HAM-A — $27 \pm 4,8$) продемонстрував його значну перевагу над плацебо. Зниження загального бала за HAM-A у групі прегабаліну становило $12,8 \pm 0,7$, плацебо — $10,7 \pm 0,9$ (Montgomery S. et al., 2008). Різниця між групами ставала достовірною до кінця 2-го тижня лікування, і прегабалін перевершував

плацебо насамперед щодо психічних, але не соматичних симптомів за HAM-A (–7 та –5,6 відповідно; $p = 0,044$).

Проведено вагоме дослідження щодо зміни терапевтичної тактики, коли хворі з ГТР не відповіли на препарати 1-ї лінії. Пацієнтів із ГТР, які відповіли на терапію алпразоломом, рандомізовано на дві групи, в яких отримували прегабалін або плацебо. У групі прегабаліну спостерігали статистично більш значуще зниження загального бала за HAM-A і рівня вибуття з дослідження порівняно з плацебо (Hadley S.J. et al., 2012).

Про швидкість настання клінічно значущого ефекту прегабаліну при ГТР свідчать результати великого плацебо-контрольованого дослідження: прегабалін вже до 4-го дня терапії перевершував венлафаксин і плацебо щодо редукції симптоматики (Kasper S. et al., 2009). Показано, що клінічне поліпшення протягом перших 2 тиж лікування прегабаліном підвищує імовірність клінічної відповіді в 5,3 раза, у той час як лише $\frac{1}{4}$ хворих, в яких до кінця 2-го тижня не було позитивних зрушень у самопочутті, відповіли на терапію прегабаліном надалі (Baldwin D.S. et al., 2012).

Метааналіз рандомізованих контрольованих досліджень не виявив різниці між дозами прегабаліну в діапазоні 200–600 мг/добу, хоча доза 150 мг асоціюється з повільнішим початком дії препарату (Bech P., 2007). В одному дослідженні порівнювали нижчу (150 мг) і вищу (200–600 мг) дози прегабаліну. Виявлено, що 150 мг прегабаліну статистично достовірно не перевищували плацебо, за винятком пункту «Інсомнія», у той час як підвищення дози до 300–600 мг/добу не корелювало зі збільшенням рівня відповіді. Ймовірно, прегабалін досягає плато в дозі 300 мг/добу і подальше підвищення дози може бути недоцільним (Lydiard R.B. et al., 2010).

Крім впливу на основні симптоми ГТР, прегабалін здатний редукувати симптоматику коморбідних депресивних станів легкого та середнього ступеня тяжкості (Stein D.J. et al., 2008). Більше того, наступний вторинний (post-hoc) аналіз більш тяжких депресивних станів (HAM-D ≥ 15) дозволив зробити висновок, що прегабалін у дозі 150–600 мг/добу ефективний при депресивних синдромах різного ступеня тяжкості (від легких до тяжких). Порівняння прегабаліну (300–600 мг/добу) і венлафаксину (75–225 мг/добу) при ГТР показало, що обидва препарати статистично достовірно ($p = 0,018$) перевершували плацебо щодо редукції загального бала за шкалою Гамільтона для оцінки депресії (Kasper S. et al., 2009).

Низка досліджень свідчить про здатність прегабаліну діяти одночасно на соматичні й психічні симптоми тривоги. Зокрема результати зведеного аналізу свідчать про те, що прегабалін покращує показники шести із семи психічних симптомів (за винятком когнітивних порушень) і всіх семи соматичних пунктів шкали HAM-A. Вторинний аналіз клінічних даних свідчить про те, що прегабалін ефективний щодо зниження тяжкості кардіоваскулярних, респіраторних, м'язових і гастроінтестинальних симптомів у структурі ГТР (Lydiard R.B. et al., 2010).

Багато пацієнтів із ГТР часто скаржаться на безсоння та інші порушення сну. Аналіз клінічних даних показав, що 54% пацієнтів, які відзначають на початку лікування інсомнію середнього і тяжкого ступеня, відзначили суттєве поліпшення сну при прийомі прегабаліну в дозі 300–600 мг/добу (Montgomery S.A. et al., 2006).

Прегабалін виявився ефективнішим за плацебо і венлафаксин щодо редукції інсомнії у пацієнтів як молодого, так і літнього віку (Pande A.C. et al., 2003; Montgomery S. et al., 2008).

Побічні ефекти, пов'язані з прийомом прегабаліну при ГТР, у більшості робіт оцінюють як легкі. Найчастіші побічні ефекти — сонливість (9,1–50% у групі прегабаліну і 2,3–14% — плацебо), запаморочення (10–49 і 5,8–50% відповідно), сухість у роті (4,5–27 і 2–10,4% відповідно) і головний біль (7,2–21,4 і 9–13% відповідно) (Bandelow B. et al., 2007). Запаморочення визначали у 20,3%, сонливість — у 13% пацієнтів літнього віку (Montgomery S. et al., 2008; Kasper S. et al., 2009). Інтенсивність і частота побічних ефектів у більшості випадків залежать від дози препарату (Tassone D.M. et al., 2007), відзначаються переважно протягом 1-го тижня лікування й істотно зменшуються до 3-го тижня терапії. Значну прибавку маси тіла ($\geq 7\%$) визначають лише у 4% хворих, які застосовують прегабалін (Baldwin D.S., Ajel K., 2007), частіше у тих, хто приймав дозу >300 мг (Ogawa S. et al., 2012). Огляд 42 випадків передозування прегабаліном свідчить про те, що серйозні ускладнення відзначають рідко (Sjoberg G., Feychting K., 2010).

Швидке припинення прийому прегабаліну (особливо у високих дозах) може супроводжуватися синдромом відміни і проявлятися посиленням тривоги, неспокою, дратівливості, нервозності, інсомнії та рецидиву основних симптомів ГТР (Tassone D.M. et al., 2007). Водночас прегабалін супроводжується значно нижчим ризиком розвитку синдрому відміни, ніж лоразепам (Pande A.C. et al., 2003). Більше того, у літературі є дані про доцільність застосування прегабаліну для полегшення прояву синдрому відміни бензодіазепінів (Oulis P. et al., 2008; Hadley S.J. et al., 2012). Так, показано, що 51,4% пацієнтів, які приймали прегабалін після поступової відміни бензодіазепінів, у подальшому вдалося повністю позбутися від їх прийому (у групі плацебо цей показник становив 37%). Встановлено, що прийом прегабаліну може полегшити прояв алкогольного абстинентного синдрому і сприяє подовженню періоду утримання від алкоголю (Guglielmo R. et al., 2012).

Вторинний аналіз клінічних досліджень свідчить про переваги застосування прегабаліну над CІЗЗС і CІЗЗСН щодо економічної ефективності у пацієнтів із ГТР, рефрактерних до прийому бензодіазепінів. Крім того, в ході 6-місячного дослідження пацієнтів із хронічним ГТР показано, що застосування прегабаліну економічно вигідніше, ніж будь-якого антидепресанта чи бензодіазепіну (De Salas-Cansado M. et al., 2012).

Висновки

ТР часто поєднуються із соматичними захворюваннями. Соматичні прояви тривоги можуть маскувати наявність соматичної хвороби, що утруднює її ранню діагностику. Клінічні прояви соматичних порушень можуть бути подібними до соматичних симптомів тривоги, маскуючи вже ТР, погіршуючи загальний перебіг хворобливого стану і якість життя пацієнта.

Алгоритм діагностики ТР має ґрунтуватися на психосоматичному підході й передбачати оцінку дистресу, соматизації, депресії, а також психічних та соматичних симптомів тривоги за відповідними методиками.

CІЗЗС, CІЗЗСН і прегабалін є препаратами першого вибору при лікуванні ТР. Саме прегабалін доцільно застосовувати як терапію 1-ї лінії у пацієнтів із інтелектуальною недостатністю.

Проте багато пацієнтів не відповідають на препарати 1-ї лінії або у них виникають побічні ефекти, які зменшують комплаєнс і підвищують ризик рецидиву. Ще однією проблемою в лікуванні є терапевтична резистентність. Прегабалін має відмінний від інших психотропних засобів механізм дії (пригнічує нейрональні кальцієві канали) і довів ефективність у рамках гострої та протирецидивної терапії осіб з ТР, у тому числі в монотерапії. Він сприяє зниженню тяжкості соматичних і психічних симптомів тривоги, поліпшенню сну і редукції супутніх депресивних станів. Також до його переваг (порівняно з антидепресантами) можна віднести швидкість настання ефекту, відсутність сексуальних порушень і значущих взаємодій з іншими лікарськими препаратами (Baldwin D.S. et al., 2013). Крім того, прегабалін можна застосовувати як препарат 2-ї лінії терапії ГТР при недостатній ефективності CІЗЗС або CІЗЗСН: або разом із антидепресантом, або після його відміни. Доза прегабаліну, схвалена для лікування при ГТР, становить 150–600 мг/добу. При призначенні прегабаліну слід пам'ятати

про можливий ризик синдрому відміни і розвитку залежності в осіб із зловживанням психоактивними речовинами в анамнезі.

З урахуванням позитивного впливу прегабаліну на сон, соматичні компоненти тривоги й больовий синдром його можна рекомендувати до широкого застосування у пацієнтів із тривогою у загальномедичній практиці.

Список використаної літератури

- ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України»** (2014) Динаміка стану психічного здоров'я населення та організації психіатричної і наркологічної допомоги в Україні (аналітично-статистичний довідник за 2009–2013 роки у графіках і таблицях). Київ, УкрНДІ ССПН МОЗ України, 664 с.
- Клебан К.І.** (2015) Хронобіологічні особливості неспихотичних психічних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Київ, НДІ соц. і судової психіатрії та наркології, 18 с.
- Корнацький В.М., Третяк І.В., Чаплинська Н.В.** (2011) Особливості емоційного стану пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Укр. кардіол. журн., 3: 55–59.
- Сапон Д.М.** (2016) Тривожно-депресивні розлади при ХБС і фіброміалгії. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Київ, МОЗУ УНДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, 22 с.
- Хаустова Е.А., Безшейко В.Г.** (2012) Современные представления о диагностике и терапии тревожных расстройств. Междунар. неврол. журн., 2(48) (<http://www.mif-ua.com/archive/article/27309>).
- Хаустова О.О.** (2009) Метаболічний синдром X (психосоматичний аспект). Медкнига, Київ, 126 с.
- Хаустова О.О.** (2012) Тревожные расстройства: причины, симптомы, диагностика, лечение. Укр. неврол. журн., 3(24): 79–87.
- Цимбал І.В., Жовтун А.А., Ліманська О.Л.** (2015) Світ VUCA як сучасний контекст інформаційних і суспільно-політичних змін. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 22: Політичні науки та методика викладання соціально-політичних дисциплін, 17: 43–47.
- Чабан О.С.** (2014) Депресивні розлади у пацієнтів похилого віку: проблеми діагностики і терапії. НейроNews, 2/1: 14–20.
- Чабан О.С., Хаустова О.О.** (2004) Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). ДСГ Лтд, Київ, 96 с., ін.
- Чабан О.С., Хаустова О.О., Асанова А.Е. та ін.** (2018) Практична психосоматика: діагностичні шкали. Київ, Медкнига, 107 с.
- American Psychiatric Association** (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>).
- Asanova A., Khaustova O.** (2018) Типові складні ситуації у взаємодії лікар-пацієнт у залежності від особистісних особливостей і психічного стану реагуючого пацієнта. Psychosom. Med. Gen. Pract., 3(3): e0303125.
- Baldwin D.S., Ajel K.** (2007) The role of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder. Neuropsychiatr. Dis. Treat., 3(2): 185–191.
- Baldwin D.S., Ajel K., Masdrakis V.** (2013) Pregabalin for the treatment of generalized anxiety disorder: update. Neuropsychiatr. Dis. Treat., 9: 883–892.
- Baldwin D.S., Schweizer E., Xu Y., Lyndon G.** (2012) Does early improvement predict endpoint response in patients with generalized anxiety disorder (GAD) treated with pregabalin or venlafaxine XR? Eur. Neuropsychopharmacol., 22(2): 137–142.
- Bandelow B., Wedekind D., Leon T.** (2007) Pregabalin for the treatment of generalized anxiety disorder: a novel pharmacologic intervention. Expert. Rev. Neurother., 7(7): 769–781.
- Bech P.** (2007) Dose-response relationship of pregabalin in patients with generalized anxiety disorder. A pooled analysis of four placebo-controlled trials. Pharmacopsychiat., 404: 163–168.
- Chaban O.S., Khaustova O.O.** (2015) Psychosomatic comorbidity and quality of life in elderly patients. Tavr. zhurn. psikhiatr., 19(3): 13–21.
- Clark D.M.** (2011) Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. Int. Rev. Psychiatr., 23(4): 318–327.
- Cramer P.** (2000) Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. Am. Psychol., 55: 637.
- Derogatis L.R.** (1979) Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. JAMA, 242: 1504–1508.
- De Salas-Cansado M., Olivares J.M., Alvarez E. et al.** (2012) Pregabalin versus SSRIs and SNRIs in benzodiazepine-refractory outpatients with generalized anxiety disorder: a post hoc cost-effectiveness analysis in usual medical practice in Spain. Clinicoecon. Outcomes. Res., 4: 157–168.
- Di Nicola M., Martinotti G., Tedeschi D. et al.** (2010) Pregabalin in out-patient detoxification of subjects with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. Hum. Psychopharmacol., 25(3): 268–275.
- Fava G.A., Cosci F., Sonino N.** (2017) Current Psychosomatic Practice. Psychother. Psychosom., 86: 13–30.
- Feltner D.E., Crockett J.G., Dubovsky S.J. et al.** (2003) A randomized, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, multicenter study of pregabalin in patients with generalized anxiety disorder. J. Clin. Psychopharmacol., 23: 240–249.
- Feltner D., Wittchen H., Kavoussi R. et al.** (2008) Long-term efficacy of pregabalin in generalized anxiety disorder. Int. Clin. Psychopharmacol., 23: 18–28.

- Gaebel W., Becker T., Janssen B. et al.; European Psychiatric Association (2012) EPA guidance on the quality of mental health services. Eur. Psychiatry, 27(2): 87–113.
- Guglielmo R., Martinotti G., Clerici M., Janiri L. (2012) Pregabalin for alcohol dependence: a critical review of the literature. Adv. Ther., 29(11): 947–957.
- Hadley S.J., Mandel F.S., Schweizer E. (2012) Switching from long-term benzodiazepine therapy to pregabalin in patients with generalized anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled trial. J. Psychopharmacol., 26(4): 461–470.
- Kasper S., Herman B., Nivoli G. et al. (2009) Efficacy of pregabalin and venlafaxine-XR in generalized anxiety disorder: results of a double-blind, placebo-controlled 8-week trial. Int. Clin. Psychopharmacol., 24: 87–96.
- Lydiard R.B., Rickels K., Herman B., Feltner D.E. (2010) Comparative efficacy of pregabalin and benzodiazepines in treating the psychic and somatic symptoms of generalized anxiety disorder. Int. J. Neuropsychopharmacol., 13(2): 229–241.
- Maier W., Buller R., Philipp M., Heuser I. (1988) The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. J. Affect. Disord., 14(1): 61–68.
- Montgomery S., Chatamra K., Pauer L. et al. (2008) Efficacy and safety of pregabalin in elderly people with generalised anxiety disorder. Br. J. Psychiat., 193: 389–394.
- Montgomery S.A., Tobias K., Zornberg G.L. et al. (2006) Efficacy and safety of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: a 6 week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled comparison of pregabalin and venlafaxine. J. Clin. Psychiat., 67: 771–782.
- NICE (2014) Anxiety disorders (<https://www.nice.org.uk/guidance/qs53/chapter/Quality-statement-2-Psychological-interventions>).
- Ogawa S., Satoh J., Arakawa A. et al. (2012) Pregabalin treatment for peripheral neuropathic pain: a review of safety data from randomized controlled trials conducted in Japan and in the west. Drug Saf., 35(10): 793–806.
- Oulis P., Konstantakopoulos G. (2012) Efficacy and safety of pregabalin in the treatment of alcohol and benzodiazepine dependence. Exp. Opin. Invest. Drugs., 21(7): 1019–1029.
- Oulis P., Masdrakis V.G., Karakatsanis N.A. et al. (2008) Pregabalin in the discontinuation of long-term benzodiazepine use: a case-series. Int. Clin. Psychopharmacol., 23(2): 110–112.
- Pande A.C., Crockatt J.G., Feltner D.E. et al. (2003) Pregabalin in generalized anxiety disorder: a placebo-controlled trial. Am. J. Psychiat., 160: 533–540.
- Pohl R.B., Feltner D.E., Fieve R.R., Pande A.C. (2005) Efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind placebo-controlled comparison of BID vs. TID dosing. J. Clin. Psychopharmacol., 25: 151–158.
- Rickels K., Pollack M.H., Feltner D.E. et al. (2005) Pregabalin for treatment of generalized anxiety disorder: a 4-week, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial of pregabalin and alprazolam. Arch. Gen. Psychiat., 62: 1022–1030.
- Snowdon D.A., Friesen W.V. (2001) Positive emotions in early life and longevity: findings from the nun study. J. Personal. Soc. Psychol., 80: 804.
- Sjoberg G., Feychting K. (2010) Pregabalin overdose in adults and adolescents – experience in Sweden. Clin. Toxicol., 48(3): 282.
- Stein D.J., Baldwin D.S., Baldinetti F., Mandel F. (2008) Efficacy of pregabalin in depressive symptoms associated with generalized anxiety disorder: a pooled analysis of 6 studies. Eur. Neuropsychopharmacol., 18(6): 422–430.
- Tassone D.M., Boyce E., Guyer J., Nuzum D. (2007) Pregabalin: a novel gaminobutyric acid analogue in the treatment of neuropathic pain, partial-onset seizures, and anxiety disorders. Clin. Ther., 29(1): 26–48.
- Terluin B., van Marwijk H.W.J., Adèr H.J. et al. (2006) The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. BMC Psychiatry, 6: 34.
- Wells J., Principal Pharmacist MH & LD Divisions (2017) Anxiety treatment guidelines for people over the age of 18 years. Version 4, 8 p.
- Wensel T., Powe K. (2012) Pregabalin for the treatment of generalized Anxiety Disorder. Ann. Pharmacother., 46: 424–429.
- World Health Organization (1992) The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines (<https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>).
- Zigmond A.S., Snaith R.P. (1983) The hospital anxiety and depression scale. Acta Psych. Scand., 67(6): 361–370.

Психосоматические маски тревоги

Е.А. Хаустова

Резюме. Тревожные расстройства (ТР) часто сочетаются с соматическими заболеваниями. Соматические проявления тревоги могут

маскировать наличие соматической болезни, что затрудняет ее раннюю диагностику. Клинические проявления соматических нарушений могут быть подобными соматическим симптомам тревоги, маскируя уже ТР, ухудшая общее течение болезненного состояния и качество жизни пациента. С целью клинической верификации здоровой тревоги, тревожных реакций и ТР используют классификационные критерии Международной классификации болезней-10, DSM-5 и определенный алгоритм тестирования: шкала самооценки тревоги; четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации 4DSQ; госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS; шкала тревоги Гамильтона и др. Терапия ТР в соответствии с международными стандартами представляет собой сочетание фармакотерапии и психотерапии, причем психотерапию даже низкой интенсивности считают первой линией терапии ТР. Ведущими методами психотерапии считают когнитивно-поведенческую терапию и прогрессивную релаксацию, но действенны много других психотерапевтических подходов. Стандарты доказательной медицины для психофармакотерапии ТР в качестве первой линии рекомендуют селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) и прегабалин. Именно прегабалин целесообразно применять как терапию первой линии у пациентов с интеллектуальной недостаточностью, а также при терапевтической резистентности к СИОЗС, СИОЗСН. С учетом положительного влияния на сон, соматические компоненты тревоги и болевые синдромы его следует рекомендовать к широкому применению у пациентов с тревогой в общемедицинской практике. Пациентам с ТР не следует назначать бензодиазепины или нейролептики, если нет специфических клинических причин.

Ключевые слова: психосоматика, тревога, диагностика, терапия.

Psychosomatic masks of anxiety

O.O. Khaustova

Summary. Anxiety disorders (AD) often interfere with somatic diseases. Physical manifestations of anxiety can mask the presence of physical illness, which makes it difficult for early diagnosis. Clinical signs of somatic disorders can be similar to somatic symptoms of anxiety, masking already severe disorders, worsening the overall course of the morbid condition and quality of life of the patient. For the purpose of clinical verification of healthy anxiety, anxiety and AD, appropriate classification criteria ICD-10, DSM-5 and specific testing algorithm should be used: Self-assessment scale of anxiety; The Four-Dimensional Symptom Questionnaire for the assessment of distress, depression, anxiety and somatization; Hospital anxiety and depression scale; Hamilton anxiety scale so etc. The therapy of AD following international standards is a combination of pharmacotherapy and psychotherapy, and psychotherapy of even low intensity is considered the first line of treatment. The leading methods of clinical psychotherapy are cognitive-behavioral therapy and progressive relaxation, but many other psychotherapeutic approaches are practical. The standards of evidence-based medicine recommended selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors (SNRI) and pregabalin as the first line for psychopharmacotherapy for AD. Use pregabalin as first-line therapy in patients with intellectual disabilities, as well as in therapeutic resistance to SSRI, SNRI. Given the positive effects on sleep, somatic components of anxiety and pain syndromes pregabalin should be recommended for widespread use in patients with anxiety in general medicine. Patients with AD should not be prescribed benzodiazepines or neuroleptics if there are no specific clinical causes.

Key words: psychosomatics, anxiety, diagnosis, therapy.

Адреса для листування:

Хаустова Олена Олександрівна
01601, Київ, бульв. Тараса Шевченка, 13
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії
E-mail: 7974247@gmail.com

Одержано 24.07.2019
UA-NEOG-PIM-082019-030