

## ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

Т. С. ЧОРНАЯ

*КУЗ «Винницкая областная психоневрологическая больница им. А. И. Ющенко»*

**Проанализированы наиболее важные механизмы психосоматических взаимоотношений. Показана необходимость тщательной рубрикации тревожных расстройств. Определены варианты их клинической манифестации, принципы диагностики и патогенетической терапии. Освещены вопросы этапной организации психотерапевтического процесса в современных условиях.**

*Ключевые слова: тревожные расстройства, эмоциональные нарушения, психотерапия.*

Тревожные расстройства (ТР) по своей распространенности и последствиям могут быть в полной мере отнесены к числу социально значимых гетерогенных расстройств, представляющих собой важнейшую общемедицинскую проблему. По данным Европейского эпидемиологического исследования, ТР подвержены 1,0–5,2% населения [1], а их распространенность составляет 13,6%.

Актуальность проблемы определяется распространенностью данной патологии психической сферы, субъективной тяжестью переживаемого больным страдания со снижением качества жизни и социального функционирования, прогрессирующим течением у 70% больных и резистентностью к терапии [2–5]. При этом наблюдается сочетание нарушений психической активности, субъективных переживаний отрицательного аффекта и сомато-вегетативных компонентов [1, 3].

Тревога как предчувствие опасности, неопределенное чувство беспокойства имеет своим мотивом антиципацию (предвосхищение) личной неприятности и в своей рациональной основе содержит опасения по поводу возможности ее появления. Тревога выступает также и как чувство ответственности за жизнь и благополучие близких людей [6].

В соответствии с МКБ-10 ТР относятся к кластеру F4 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) и рубрицируются следующим образом: F40 (тревожно-фобические расстройства), F41 (другие тревожные расстройства), F42 (обсессивно-компульсивные расстройства), F43 (реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации), F60.6 (тревожное расстройство личности), F92 (смешанные расстройства поведения и эмоций), F93 (эмоциональные расстройства с началом, специфическим для детского возраста). Пациенты с этими расстройствами часто обращаются за помощью в учреждения системы первичного здравоохранения, медицинские и психиатрические службы [1, 7, 8].

Согласно МКБ-10 к тревожно-фобическим расстройствам (ТФР) отнесены следующие диагностические рубрики [7].

Термин «агорафобия» сегодня употребляется в более широком смысле, чем при его изначальном введении: он включает страхи не только открытых пространств, а целую совокупность взаимосвязанных и обычно частично совпадающих фобий, охватывающих страхи при выходе из дома (находится в толпе или общественных местах, путешествовать в одиночку в поездах, автобусах или самолетах). Состояние агорафобии характеризуется избегающим поведением в отношении, как правило, определенных мест, что связано с опасениями возникновения в них паники (часто формируется на основе панического расстройства); реже проявляется тотальным избеганием незнакомых мест. При провоцировании ситуации пациент испытывает тревогу, как правило, с наиболее выраженным когнитивным, менее выраженным соматическим и слабым моторным компонентами. Когнитивный компонент представлен чаще всего выраженным паническим страхом. Могут также формироваться навязчивые страхи фабулированного характера. Соматический компонент проявляется массивной вегетативной симптоматикой в виде сердцебиения, потливости, резкой слабости, ощущения жара, удушья, а также мышечным напряжением. Моторный компонент тревоги может сопровождаться умеренным двигательным возбуждением. Несмотря на то что интенсивность тревоги и выраженность избегающего поведения могут быть различны, это наиболее дезадаптирующее из фобических проявлений. Отсутствие немедленного доступа к выходу является одним из ключевых признаков многих агорафобических ситуаций. Большинство больных — женщины, и начало проявлений расстройства обычно приходится на ранний зрелый возраст. При отсутствии эффективного лечения агорафобия часто становится хронической, хотя и протекает волнообразно.

Для постановки достоверного диагноза должны быть учтены все перечисленные критерии: психологические или вегетативные симптомы должны быть первичным выражением тревоги, они не вторичны по отношению к другим симптомам;

тревога ограничена ситуациями — нахождение в толпе, общественных местах, передвижение вне дома и путешествие в одиночестве; избегающее поведение.

Основным признаком *панического расстройства (эпизодической пароксизмальной тревоги)* являются повторные приступы тяжелой тревоги (паники), которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами и поэтому непредсказуемы. Общие симптомы — неожиданно возникающие сердцебиение, боли в **груди, ощущение** удушья, головокружение и **чувство нереальности** (деперсонализация или дереализация) [9]. Почти неизбежны также вторичный страх смерти, потеря самоконтроля или сумасшествие. Обычно атаки продолжаются лишь минуты, хотя бывает и дольше, их частота и течение довольно **вариабельны**. В **панической атаке больные часто испытывают** резко нарастающие страх и вегетативные симптомы, которые заставляют их торопливо покидать места, где они находились.

Для подтверждения диагноза необходимо, чтобы несколько тяжелых атак вегетативной тревоги возникали на протяжении месяца: при обстоятельствах, не связанных с объективной угрозой; не были ограничены известными или предсказуемыми ситуациями. Между атаками состояние пациента должно быть сравнительно свободным от тревожных симптомов (хотя тревога предвосхищения является обычной).

*Социальные фобии* часто возникают в подростковом возрасте и сконцентрированы вокруг страха привлечь к себе внимание со стороны окружающих в **сравнительно малых группах людей** (в противоположность толпе), что приводит к избеганию общественных ситуаций. В отличие от большинства других фобий, социальные одинаково часто встречаются у мужчин и женщин. Они могут быть изолированными (например, ограничиваясь только страхами еды на людях, публичных выступлений или встреч с противоположным полом) или диффузными, включающими в себя почти все социальные ситуации вне семейного круга. Социальные фобии обычно сочетаются с **заниженной самооценкой** и боязнью критики. Они могут проявляться жалобами на покраснение лица, тремор рук, тошноту или императивные позывы к мочеиспусканию. **Симптомы могут прогрессировать** вплоть до панических атак. Наблюдается значительно выраженное избегание определенных ситуаций, что в крайних случаях может привести к почти полной социальной изоляции.

Для постановки достоверного диагноза состояние больного должно удовлетворять следующим критериям: психологические, поведенческие или вегетативные симптомы — проявление прежде всего тревоги, они не вторичны по отношению к другим симптомам; тревога ограничена только или преимущественно определенными социальными ситуациями; избегание фобических ситуаций — выраженный признак.

*Специфические (изолированные) фобии* ограничены строго определенными ситуациями, такими как нахождение рядом с какими-то животными, высота, гроза, темнота, полеты в **самолетах, закрытые пространства**, мочеиспускание или дефекация в общественных туалетах, прием определенной пищи, вид крови или повреждений, страх подвергнуться определенным заболеваниям. Несмотря на то что пусковая ситуация изолирована, попадание в нее может вызвать панику как при агорафобии или социальной фобии.

Критериями для достоверного диагноза служат: психологические или вегетативные симптомы как первичное проявление тревоги, они не вторичны по отношению к другим симптомам; тревога должна ограничиваться определенным фобическим объектом или ситуацией; фобическая ситуация поведенчески избегается.

Основной чертой *генерализованного тревожного расстройства* является тревога, которая носит генерализованный и **стойкий характер, но не ограничивается** какими-либо определенными средовыми обстоятельствами и **даже не возникает с явной** предпочтительностью в этих обстоятельствах (т. е. она «нефиксированная»). Доминирующие симптомы очень **вариабельны**, но частыми являются жалобы на чувство постоянной нервозности, дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, головокружение и **дискомфорт в эпигастральной области**. Имеются страхи болезни или несчастного случая с **больным или его родственниками**, а также другие разнообразные волнения и дурные предчувствия. Это расстройство более характерно для женщин и **часто связано с хроническим** средовым стрессом, отмечается тенденция к его волнообразному течению и хронификации.

Диагностика включает: опасения (беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения, трудности в **сосредоточении и др.**); **моторное напряжение** (суетливость, головные боли напряжения, дрожь, невозможность расслабиться); вегетативную гиперактивность (потливость, тахикардия или тахипноэ, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту и пр.).

*Смешанное тревожно-депрессивное расстройство* отмечается, когда присутствуют симптомы как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие по отдельности не являются отчетливо доминирующими или выраженными настолько, чтобы оправдать диагноз. Должны иметь место некоторые вегетативные симптомы (такие как тремор, сердцебиение, сухость во рту, бурление в животе и пр.), **даже если они непостоянны. Не используется** эта категория, если присутствует только беспокойство или чрезмерная озабоченность без проявлений вегетативных симптомов.

Основной признак *обсессивно-компульсивного расстройства* — повторяющиеся обсессивные мысли или компульсивные действия. Обсессивные мысли представляют собой идеи, образы или влечения, которые в стереотипной форме вновь

и вновь переживаются больным. Эти мысли почти всегда тягостны, и больной безуспешно пытается сопротивляться им, но они субъективно воспринимаются как собственные. Компulsive действия или ритуалы представляют собой повторяющиеся стереотипные поступки, смысл которых заключается в **предотвращении каких-либо объективно маловероятных событий**, причиняющих вред больному или со стороны больного. Часто имеют место вегетативные симптомы тревоги, но также характерны тягостные ощущения внутреннего или психического напряжения без очевидного вегетативного возбуждения. У больных с обсессивно-компульсивным расстройством часто наблюдаются депрессивные симптомы, а у пациентов, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством (F33), могут развиваться обсессивные мысли в течение депрессивных эпизодов. В обеих ситуациях нарастание или снижение тяжести депрессивных симптомов обычно сопровождается параллельными изменениями в тяжести обсессивных симптомов.

Обсессивно-компульсивное расстройство в равной степени развивается у **мужчин и женщин**. Течение вариабельно, имеет тенденцию к хроническому.

Для установления диагноза обсессивные симптомы или компulsive действия (либо и те, и другие) следует наблюдать минимум 2 нед подряд, они должны быть источником дистресса и нарушения активности пациента.

Обсессии и компulsive расцениваются как собственные мысли или импульсы больного; должна быть по крайней мере одна мысль или действие, которым больной безуспешно сопротивляется; мысль о выполнении действия не должна быть сама по себе приятна (простое уменьшение напряженности или тревоги не считается в этом смысле приятным); мысли, образы или импульсы должны быть неприятно повторяющимися.

**Диагностическая процедура.** Обследование больного с ТФР включает клиническое интервью, в ходе которого проводится сбор анамнестических данных, жалоб, визуальное исследование моторики, мимических реакций и висцеро-вегетативных нарушений. Необходимо выяснить наличие у больного преморбидных черт характера (тревожно-мнительных, сенситивно-шизоидных и истероидных), подобных акцентуаций и ТФР у родственников. **Аффект тревоги и страха, возникший вначале в связи с вегетативными пароксизмами**, по мере развития синдрома становится постоянным, хотя напряженность его, как правило, несколько уменьшается. В клинической картине определяются следующие признаки ТФР: соматические эквиваленты; когнитивные проявления; поведенческие компоненты, связанные с изменением активности.

В ходе визуального наблюдения у больного отмечаются психомоторные проявления в виде неусидчивости, беспокойства, сжимания паль-

цев рук, компонентов физического напряжения (А. Веck) — мышечного напряжения, дрожи, шаткости походки, неспособности расслабиться. Больные описывают такие симптомы, как быстрое наступление усталости, слабость, суетливость, раздражительность, нарушение сна. Отмечаются также висцеро-вегетативные нарушения: тахикардия, тремор, неприятные ощущения в **кардиальной области**, гипергидроз, проявления дизурии, затруднение дыхания, чувство удушья, абдоминальный дискомфорт и тошнота, головокружение. Достаточно часто у **пациентов определяются алгии и парестезии**. Для больных с акцентуацией по истерическому типу нередки конверсионные расстройства. Данные проявления соматизации ТФР носят, как правило, мигрирующий характер и **тесно взаимосвязаны с актуализацией тревожно-фобической симптоматики**. В периоды обострений состояния возникают или усиливаются также другие психопатологические симптомы заболевания: сенестопатии, психосенсорные нарушения, дереализационные расстройства, которые нередко служат основой для формирования новых фобий.

Из когнитивных проявлений ТФР определяются: трудности концентрации внимания, ипохондрическая рефлексия; повышенная озабоченность и различные опасения, не ограниченные какими-либо конкретными обстоятельствами; наличие обсессий в структуре фобий. Зачастую на фоне тревоги развиваются навязчивые страхи, связанные с **возможностью повторения пароксизма и его последствиями**. Эти страхи приобретают форму страха смерти или различных нозофобий. Вегетативные нарушения предшествуют возникновению навязчивых страхов, а не являются их следствием. Необходимо установить ситуативные факторы, обуславливающие ТФР: спонтанные, не связанные с **ситуационным фактором**; ситуационно обусловленные, которые объективно не опасны; ситуационно предрасположенные (возникающие с большей вероятностью, но не обязательно в определенных ситуациях). При этом субъективная тревога больного не зависит от объективной оценки окружающих. Фобические явления усиливаются также при условиях, предъявляющих повышенные требования к вестибулярному аппарату: при пользовании различными видами транспорта, промышленных вибрациях, ритмических зрительных раздражителях (например, при мелькании потока людей перед глазами). В связи с навязчивыми страхами вырабатывается система защитных мер: больные стремятся избегать поездок в транспорте, нахождения в **толпе, но в то же время не остаются в одиночестве**. Характерно, что тревожный аффективный фон никогда не исчезает, несмотря на расширение круга очерченных фобических расстройств и **систему защитного поведения**. Ощущение внутренней напряженности и неопределенная тревога не покидают больного даже в периоды, свободные от каких-либо фобий.

Состояние пациента с ТФР характеризуется отчетливым субъективным страданием или нарушением функционирования в **социально или жизненно важных сферах**, сопровождается чувством неуверенности, страхом потерять контроль над собой или сойти с ума, страхом смерти, наличием таких поведенческих защитных механизмов, как «повышенная бдительность» к физиологическим ощущениям, «избегающее и **ограничительное поведение**», «щадающий режим». В ходе клинического интервью устанавливаются такие признаки ТФР, как собственно фобии (изолированные/генерализованные) и/или панические атаки. При этом необходимо определить доминирующие проявления в структуре ТФР, а именно: генерализованной/пароксизмальной/флотирующей тревоги или астено-ипохондрических нарушений.

**Принципы терапии.** Основным направлением в лечении ТР на современном этапе является сочетание фармакотерапии с психотерапией.

Актуальность медикаментозной терапии определяется распространенностью, дезадаптивностью и высокой коморбидностью с психическими (личностными, аффективными, бредовыми расстройствами) и соматическими заболеваниями. Большинство исследований в области лечения ТР посвящено психофармакотерапии [10]: применяются антидепрессанты, анксиолитики [11], высокопотентные транквилизаторы [12]. Частота рецидивов после завершения 6-месячного курса антидепрессивной терапии превышает 50% случаев [13].

Препаратами первого выбора являются антидепрессанты селективного действия, а **именно: ингибиторы обратного захвата серотонина** — сертралин (золот), пароксетин (паксил), флуоксетин (прозак), циталопрам (ципрамил), S-циталопрам (ципралекс). Недостатки препаратов этой группы — отсутствие анксиолитического компонента действия и в силу этого недостаточная эффективность

в отношении большинства сочетанных тревожно-депрессивных расстройств.

Более обоснованным может быть применение антидепрессантов двойного действия — ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина: венлафаксин, милнацепран (иксел), тразодон (триттико).

Значительный положительный эффект, особенно при наличии инсомний **в структуре соматоформных расстройств**, показал антидепрессант новой группы мелатонинергического ряда — мелитор.

При тревожных компонентах рекомендуется применение бензодиазепиновых транквилизаторов: диазепам (седуксен, сибазон), феназепам, оксазепам (тазепам), мезепам (рудотель).

Хороший эффект при ТФР оказывает небензодиазепиновый анксиолитик — афобазол с дозировкой 5–10 мг 3 раза в день в течение 20 дн [14].

При ипохондрическом синдроме эффект лечения транквилизаторами часто оказывается недостаточным, необходимо их сочетанное применение с корректорами поведения (сонапакс или меллерил).

На **основном терапевтическом этапе** для коррекции эмоциональных нарушений традиционно выделяют когнитивно-поведенческую психотерапию [15], поведенческую — терапия подверганием и терапия предотвращения тревожного ответа [16]. В своей работе G. Foldes-Busque et al. [17] при обобщении данных исследований за два десятка лет пришли к заключению о том, что терапией выбора для ТР является когнитивно-поведенческая.

Системно организованная терапия, построенная по этапному принципу, включая комплекс психотерапевтических и психофармакологических воздействий, позволяет достичь максимальной редукции симптоматики, восстановления уровня социального функционирования и **повысить качество жизни больных**.

#### Список литературы

1. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии; пер. с англ. / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. — К.: Сфера, 1997. — Т. 2. — 435 с.
2. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: кратк. учебн.; пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенке; предисл. В. Г. Остроглазова / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. — М.: ГЭОТАР-медицина, 1999. — 376 с.
3. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: справочник / В. Я. Гиндикин. — М.: Триада-Х, 2000. — 256 с.
4. Карвасарский Б. Д. Невротические расстройства внутренних органов / Б. Д. Карвасарский, В. Ф. Простомологов. — Кишинев: Штиинца, 1988. — 165 с.
5. The ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of Mental disorders in Europe. Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project // Acta Psychiatr. Scand. — 2004. — Vol. 109, Suppl. 420. — P. 21–27.
6. Деметьева Н. Ф. Аффект тревоги в клинике психических заболеваний: метод. рек. МЗ РСФСР / Н. Ф. Деметьева. — М., 1981. — 30 с.
7. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств: карман. справочник; пер. с англ. / Н. Сарториус. — К.: Сфера, 1997. — 104 с.
8. Посібник по використанню Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду / Б. В. Михайлов, П. В. Волошин, В. Д. Деменко [та ін.]. — Харків, 2000. — 186 с.
9. Панические атаки: руководство для врачей / А. М. Вейн, Г. М. Дюкова, О. В. Воробьева, А. Б. Данилов. — М.: Эйдос Media, 2004. — 408 с.
10. Nutt D. Anxiety disorders comorbid with depression: panic disorder and agoraphobia / D. Nutt, A. Feeney, S. Argyropoulos. — London: Martin Dunitz Ltd., 2002. — 110 p.
11. Scott R. W. An overview of controlled studies of anxiety

- disorders treatment in children and adolescents / R. W. Scott, K. Mughelli, D. Deas // *Natl. Med. Assoc.*— 2005.— Vol. 97, № 1.— P. 13–24.
12. *Pasquini M.* Anxiety levels and related pharmacological drug treatment: A Memorandum for the Third Millennium / M. Pasquini, I. Berardelli // *Ann. Ist. Super Sanita.*— 2009.— Vol. 45, № 2.— P. 193–204.
13. *Dernovsek M. Z.* Comorbid anxiety in patients with psychosis / M. Z. Dernovsek, L. Sprah // *Psychiatr. Danub.*— 2009.— Vol. 21, Suppl. 1.— P. 43–50.
14. *Смулевич А. Б.* Психофармакотерапия тревожных расстройств пограничного уровня (сравнительное исследование анксиолитического эффекта афобазола и оксазепам у больных с расстройствами адаптации и генерализованным тревожным расстройством) / А. Б. Смулевич, А. В. Андрющенко, Д. В. Романов // *Рос. мед. журн.*— 2006.— Т. 14, № 9.— С. 3–7.
15. *Краснов В. Н.* Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии / В. Н. Краснов // *Социальная и клиническая психиатрия.*— 2008.— Т. 18, № 3.— С. 33–38.
16. *Black D. W.* Efficacy of combined pharmacotherapy and psychotherapy versus monotherapy in the treatment of anxiety disorders / D. W. Black // *CNS Spectr.*— 2006.— Vol. 11, Suppl. 12.— P. 29–33.
17. *Foldes-Busque G.* Early detection and treatment of panic disorder with or without agoraphobia: update / G. Foldes-Busque, A. Marchand, P. Landry // *Can. Fam. Physician.*— 2007.— Vol. 53, № 10.— P. 1686–1693.

### ТРИВОЖНО-ФОБІЧНІ РОЗЛАДИ: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ

Т. С. ЧОРНА

**Проаналізовано найважливіші механізми психосоматичних взаємовідношень. Показано необхідність ретельної рубрифікації тривожних розладів. Визначено варіанти їх клінічної маніфестації, принципи діагностики та патогенетичної терапії. Висвітлено питання етапної організації психотерапевтичного процесу за сучасних умов.**

*Ключові слова:* тривожні розлади, емоційні порушення, психотерапія.

### ANXIETY AND PHOBIC DISORDERS: CLINICAL FEATURES, DIAGNOSIS, TREATMENT PRINCIPLES

T. S. CHORNA

**Most important mechanisms of psychosomatic relationships were analyzed. The necessity of careful taxonomy of anxiety disorders was shown. Options for their clinical manifestations, diagnosis and principles of pathogenetic therapy were determined. The questions of staged organization of psychotherapeutic process in modern conditions were featured.**

*Key words:* anxiety disorders, emotional disorders, psychotherapy.

Поступила 18.06.2014