

ТРЕВОЖНЫЕ (ПАНИЧЕСКИЕ) РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ (ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ)

А.А. Овчинников¹, Н.Ю. Ракитская²

¹ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава»
(г. Новосибирск)

²МУЗ «Клиническая психиатрическая больница № 3»

Тревога – наиболее встречающийся в клинике феномен, субъективно характеризующийся чувством недифференцированной опасности и сопровождающийся целым комплексом соматовегетативных ощущений. Практический аспект проблем, ассоциированных с тревожными расстройствами, это слабая диагностическая чувствительность операциональных критериев, коморбидность с рядом других расстройств, в частности, с депрессией, а также низкая обращаемость данного контингента пациентов к специалистам психиатрам и психотерапевтам.

Ключевые слова: тревожные расстройства, соматовегетативные нарушения, диагностика тревожных расстройств, терапия тревожных расстройств

Овчинников Анатолий Александрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии с курсом клинической психологии ФПК и ППВ ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава», рабочий телефон: (383) 220-48-30

Ракитская Нина Юрьевна – кандидат медицинских наук, заведующая диспансерным отделением МУЗ «Клиническая психиатрическая больница № 3», контактный телефон: (383) 220-70-84

Проблема корректной диагностики и адекватной терапии тревожных расстройств приобрела особое значение в последние годы. Это связано с целым рядом обстоятельств, как общетеоретического (концептуального) характера, так и с практическими результатами, закономерно транслирующимися и реализующимися в профильной психиатрической и общемедицинской сети. Концептуальный аспект данной проблемы связан с переходом на категориальную диагностику тревожных расстройств, в основе которой лежат операциональные критерии (МКБ-10, DSM-4). Переход с нозоцентрических принципов диагностики на операциональные, кардинально изменил эпидемиологические показатели по данному типу расстройств. Так, в одном из последних эпидемиологических обзоров по тревожно-депрессивным расстройствам в Европейской

популяции (более 450 миллионов человек), показатели заболеваемости в течение 1 года были представлены: изолированной фобией – 6%, соматоформными расстройствами – 6%, паническим расстройством – 4,5 %, социальной фобией – 2%, генерализованным тревожным расстройством – 1,3%, агорафобией – 1%, обсессивно-компульсивным расстройством – 0,5% (Andlin-Sobocki P., Jonsson B., Wittchen H.- V., Olesen J., 2005).

Практический аспект проблем, ассоциированных с тревожными расстройствами, это слабая диагностическая чувствительность операциональных критериев, коморбидность с рядом других расстройств, в частности, с депрессией, а также низкая обращаемость данного контингента пациентов к специалистам психиатрам и психотерапевтам. Основная часть пациентов с тревожными расстройствами обращается в общесоматическую сеть, где в связи с некорректной диагностикой и терапией через 5-12 лет квалифицируется как некурабельный и «малоперспективный» в плане лечения контингент пациентов (Мосолов С.Н., 2007). Особая роль, в этом смысле, отводится пациентам с т.н. паническим расстройством, которое наиболее подвержено различным клиническим трансформациям с течением времени, включая клинико-терапевтический патоморфоз вследствие некорректной терапии (Spiegel D., Timothy B.J., 1997).

Тревога – наиболее встречающийся в клинике феномен, субъективно характеризующийся чувством недифференцированной опасности и сопровождающийся целым комплексом соматовегетативных ощущений. В ее структуре можно выделить три кластера расстройств, наиболее ярко проявляющихся при панических нарушениях: субъективные ощущения (ощущения диффузного опасения без четкой определенности фабулы), поведение избегания (комплекс ограничительного защитно-охранительного поведения) и комплекс разнообразных соматовегетативных нарушений. С течением времени патологическая тревога опредмечивается, либо в конкретизированный страх (в случае изолированной фобии – это конкретный страх, проявляющийся в специфических ситуациях) или посредством механизмов соматизации в соматоформную симптоматику. Подобные клинические трансформации мы наблюдаем при паническом расстройстве на достаточно длительном временном промежутке. Само паническое расстройство в современных классификаторах представляет наиболее обширный кластер невротических нарушений, идентифицируемых как паника (соматовегетативные ощущения на фоне интенсивного иррационального страха-ужаса) с явлениями агорафобии (ограничительное поведение) или без агорафобии. Последний вариант наиболее часто встречается в общесоматической сети. При этом агорафобия как узкоспециализированный термин отражает страх скопления людей, пересечения широкой площадей, дорог и т.д., а более широкий контекст агорафобии предполагает весь комплекс защитного (охранительного) поведения – определенные, безопасные, с точки зрения пациента, маршруты; перемещение в присутствии доверенного лица; хранение «при себе» медикаментозных препаратов, которые, по мнению пациента, могут купировать панику, социальные роли и активности, которые магическим образом могут превентивно выполнять защитные функции, выбор в качестве семейного партнера медицинских работников и т.д.

Защитно-охранительное поведение у пациентов с паническим расстройством тесно связано с суицидальными мыслями и действиями, поскольку данная стратегия в значительной мере ограничивает их социальное функционирование (разрыв семейных отношений, утрата прежних привязанностей и профессиональные ограничения). Поэтому для пациентов проблема суицида связана не только с возможной коморбидной депрессией, зависимостью от психоактивных веществ, в частности, с алкоголем, но и с самим фактом социально-психологических ограничений (Lapierre Y, Hamilton D., 1993).

Критерии панической атаки по DSM-4 (1994):

1. Пульсация, сердцебиение, тахикардия
2. Гипергидроз
3. Тремор, неустойчивость в вертикальном положении
4. Ощущение нехватки воздуха или удушья
5. Одышка (диспноэ)
6. Боль или дискомфорт в груди
7. Тошнота или дискомфорт в абдоминальной области
8. Головокружение, слабость, предобморочное состояние
9. Дерезализация и/или дереализация
10. Страх потерять контроль над собой или «сойти с ума»
11. Парестезии
12. Страх смерти
13. Чувство (волны) жара или холода

Диагностическая категория «паническая атака» первична по отношению к паническому расстройству (не выставляется в качестве самостоятельного диагноза).

Диагностические критерии панического расстройства по DSM-4 (1994):

А. Должны присутствовать оба признака (1) и (2)

1) рекуррентные неожиданные панические атаки

2) по крайней мере после одной из таких атак в течение месяца появляется один или более из следующих признаков:

а) постоянная озабоченность возможностью развития повторных атак

б) беспокойство по поводу последствий атаки (напр. потеря контроля над собой, возможности “сойти с ума”, страх сердечного приступа)

в) существенное изменение поведения в связи с атаками.

Б. Отсутствие агорафобии

В. Панические атаки не являются следствием прямых физиологических факторов, вызванных какими-либо веществами (лекарственными или наркотическими) или общим медицинским расстройством (напр. гипертиреозидизм).

Г. Панические атаки не удовлетворяют более другим критериям психических расстройств

Паническое расстройство с агорафобией

А. То же

Б. Наличие агорафобии

В и Г тоже.

В клинической картине панического расстройства доминируют выраженные соматовегетативные нарушения на фоне интенсивного иррационального страха смерти.

Сам приступ панической атаки длится не более 20 – 30 минут, достигая максимума не более, чем за 10 минут. На высоте тревоги пациенты опасаются, что умрут от остановки сердца, удушья, в результате инсульта. В связи с выраженной интенсивностью тревоги и страха смерти, а также явлениями деперсонализации и дереализации – пациенты, как правило, переживают чувство, которое идентифицируют, как «страх сойти с ума». Пациенты в экстренном порядке обращаются за медицинской помощью, настаивают на тщательном диагностическом обследовании. У большинства в результате единственной перенесенной панической атаки формируется защитно-охранительный комплекс избегания ситуации, действий, активности, с которыми ассоциируется пережитый витальный ужас смерти. Однако обращение к профильному специалисту (психиатру, психотерапевту) – артефакт. По нашим данным более 80% лиц с паническим расстройством – это пациенты, длительно лечившиеся у врачей общей практики, игнорирующих психологический контекст тревожных расстройств, «сенсibiliзирующих» пациентов различными диагностическими интерпретациями, ориентирующихся на соматотропную терапию. Ятрогенный контекст подобных отношений очевиден, поскольку приблизительно 26% пациентов с диагнозом «паническое расстройство» через 5-8 лет по клиническому состоянию квалифицируются как пациенты с соматоформным расстройством у профильных специалистов (психиатры, психотерапевты) (Sharpe M, Mayou R., 2004).

Естественно, что данные обстоятельства непрофильного обращения за медицинской помощью являются одним из немаловажных факторов клинической трансформации тревожных расстройств.

Причины неадресной обращаемости пациентов с тревожными расстройствами за медицинской помощью:

1. Неинформированность пациента
2. Стигматизация в психиатрии
3. Амбулаторное и маскированное течение расстройства (вегетативные и соматические маски)
4. Общность инструментария в психиатрии и общемедицинской практике (транквилизаторы, антидепрессанты, нейрелептики)
5. Экономическая привлекательность пациента (паническое расстройство, расстройства пищевого поведения, соматоформные расстройства, амбулаторные депрессии...)

Однако диагностика тревожных расстройств не единственная проблема, ассоциированная с неблагоприятными исходами данных нарушений. Неадекватная терапия тесно связана с некорректной диагностикой. Основные ошибки врачей – интернистов на этапе диагностики, это квалификация тревожного состояния как вегетососудистой дистонии. Данный синдромальный диагноз является наиболее универсальным и регистрируемым в общесоматической сети. Наиболее назначаемыми препаратами при данном типе расстройства являются «вегетостабилизаторы» и высокопотентные бензодиазепины. В первом случае мы наблюдаем, перевод невротической проблемы в сугубо «соматическую», что с течением времени практически исключает психотерапевтическую коррекцию состояния пациента и, тем более, проведение полноценной психотерапии, наиболее показанной при данном типе расстройств. Данная стратегия создает у пациента иллюзию наличия соматического заболевания, что исключает психологическую проработку проблемы, скрывающейся за симптомами тревожных расстройств. Назначение высокопотентных бензодиазепинов-анксиолитиков переводит изначально невротическую проблему в плоскость аддиктологии,

поскольку данные пациенты относятся к тем лицам, которые быстро формируют зависимость от психоактивных веществ. Ошибочна также стратегия назначения антидепрессантов 1 поколения в субпороговых дозах, поскольку данная терапия способствует хронизации тревожного расстройства, что особенно очевидно при наличии коморбидной депрессии.

Несмотря на то, что в настоящее время, как профильные специалисты, так и врачи общемедицинской практики используют в качестве основного метода терапии тревожных расстройств производные бензодиазепинов, антидепрессанты, некоторые атипичные нейрорептические препараты с выраженной анксиолитической активностью, - считается некорректным игнорирование психологической составляющей тревожных расстройств, играющей существенную роль в патогенезе данного типа нарушений.

Фоновая медикаментозная терапия тревожных расстройств в настоящее время базируется на использовании антидепрессантов второго поколения – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и селективных стимуляторов обратного захвата серотонина (флувоксамин, флуоксетин, пароксетин, сертралин, циталопрам, эсциталопрам, тианептин), которые являются препаратами выбора при данном типе расстройств (Аведисова А.С., Ястребов Д.В., Костычева Е.А. и др., 2005)

Стратегии ведения пациентов с паническим расстройством:

1. Комбинированная терапия (психотерапия и психофармакотерапия).
2. Использование препаратов, не формирующих зависимость.
3. Блокирование панического компонента.
4. Оставить тревогу ожидания панической атаки (вторичные фобии, включая агорафобию) или снизить ее интенсивность (требуется психотерапевтическая проработка)

Однако если относительно панического компонента тревожного расстройства среди специалистов существует согласованное мнение о необходимости блокирования посредством антидепрессантов 2 поколения панических атак, то относительно тревоги ожидания и сопровождающего ее защитного поведения, такое мнение отсутствует. Это связано с неоднозначностью концептуальных подходов и взглядов на происхождение панического расстройства. Действительно, приблизительно у 40% пациентов с паническим расстройством агорафобический компонент не реагирует на терапию антидепрессантами, по крайней мере, в течение 4 месяцев. Это обстоятельство, с одной стороны, может указывать на нетождественные источники возникновения панического компонента и агорафобического компонента при тревожных расстройствах, а с другой стороны, данный факт является, безусловно, позитивным в контексте комплексной терапии тревожных расстройств. Отсроченный ответ агорафобического компонента на терапию антидепрессантами позволяет использовать психотерапевтические подходы относительно защитно-охранительного поведения пациента, переводя психологические проблемы, лежащие в основе данного расстройства в разряд явных и очевидных для пациента, поскольку пациент начинает рассматривать проблему не только как «соматическую», но и как психологическую, что дает возможность психотерапевтической проработки причин, лежащих в основе данного типа расстройств.

Литература

1. Аведисова А.С., Ястребов Д.В., Костычева Е.А. и др. Модель назначения производных бензодиазепина в амбулаторных лечебных учреждениях психиатрического профиля. Психиатрия и психофармакотер. 2005;

2. Andlin-Sobocki P., Jonsson B., Wittchen H.-V., Olesen J. Cost of disorders. – of the brain in Europe.// Europ. J. Neurology, 2005, Vol. 12, Suppl. 1., №6, p. 1-90.
3. Lapierre Y, Hamilton D. Focus on depression and anxiety, November, 1993;4(4):76-81.
4. Michelson LK, Marchione K: Behavioral, cognitive, and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: critique and synthesis. J Consult Psychol 1991; 59: 100-114.
5. Sharpe M, Mayou R. Somatoform disorders: a help or hindrance to good patient care? Brit J Psychiatry 2004; 184: 465–7.
6. Spiegel D., Timothy B.J. Benzodiazepines and Exposure-Based Cognitive Behavior Therapies for Panic Disorder: Conclusions From Combined Treatment Trials. Am. J. Psych. 1997; 154: 773-781.

PANIC DISORDERS IN COMPLEX MEDICAL PRACTICE (DIAGNOSIS AND THERAPY)

A.A. Ovchinnikov¹, N.J. Rakitskaia²

¹SEE HPE «Novosibirsk State Medical University Rushealth» (c. Novosibirsk)

²HGM «Clinical psychiatric hospital № 3»

Panic is the most common clinical phenomenon, subjectively characterized by non-differential sense of danger alongside with the whole somatic-vegetative complex. From the practical point of view, the panic-associated disorders' problem is a low diagnostic sensitivity of operational criteria, a number of co-morbidity disorders in depression; and rare patient` visits to psychotherapists.

Keywords: panic disorders, somatic-vegetative disorders, panic disorders diagnosis, panic disorders therapy

About authors:

Ovchinnikov Anatoliy Alexandrovich – medical sciences candidate, assistant professor of psychiatry and drug-study department with clinical psychology QPF RPD SEI HPE «Novosibirsk State Medical University» Rushealth, office tel.: (383) 220-48-30.

Rakitskaya Nina Juriievna – medical sciences candidate, head of prophylactic centre department MMN «Clinical psychiatry hospital №3 », contact tel. : (383)220-70-84.

List of the Literature:

1. Avedisova A.S., Iastrebov D.V., Kostycheva E.A. et.al. Benzodiazepin derivative model purpose in psychiatry clinics. Psychiatry and psycho - pharmacy therapy. 2005;
2. Andlin-Sobocki P., Jonsson B., Wittchen H.-V., Olesen J. Cost of disorders. – of the brain in Europe.// Europ. J. Neurology, 2005, Vol. 12, Suppl. 1., №6, p. 1-90.

3. Lapierre Y, Hamilton D. Focus on depression and anxiety, November, 1993;4(4):76-81.
4. Michelson LK, Marchione K: Behavioral, cognitive, and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: critique and synthesis. *J Consult Psychol* 1991; 59: 100-114.
5. Sharpe M, Mayou R. Somatoform disorders: a help or hindrance to good patient care? *Brit J Psychiatry* 2004; 184: 465–7.
6. Spiegel D., Timothy B.J. Benzodiazepines and Exposure-Based Cognitive Behavior Therapies for Panic Disorder: Conclusions From Combined Treatment Trials. *Am. J. Psych.* 1997; 154: 773-781