

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Протокол № 9 от 15.11.2018

**АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ
РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ
(ПАНИЧЕСКОГО, ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО И
ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ)**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2018

УДК: 616.891-07(075.4)

Алгоритмы диагностики тревожных расстройств невротического уровня (панического, генерализованного тревожного и тревожно-фобических расстройств): методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Караваева Т.А., Васильева А.В., Мизинова Е.Б., Белан Р.М., Моргачева Т.В., Гужева О.Б. – СПб, 2018. – 40 с.

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Авторы-составители: Караваева Т.А., Васильева А.В., Мизинова Е.Б., Белан Р.М., Моргачева Т.В., Гужева О.Б.

Рецензент:

Бабин Сергей Михайлович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Президент Российской психотерапевтической ассоциации.

Аннотация

Методические рекомендации содержат клинические критерии основных тревожных расстройств невротического уровня – панического, генерализованного тревожного и тревожно-фобических расстройств. Подробно отражены характерные психопатологические синдромы, особенности течения и типы нарушений, основные нозологии для дифференциальной диагностики. Описаны этапы, методы и алгоритмы диагностики рассматриваемых нарушений. Предложены схемы алгоритмов диагностики.

Пособие предназначено для врачей психиатров, психотерапевтов, врачей общей практики, медицинским и практическим психологам, организаторам здравоохранения и всем специалистам, интересующимся данной проблематикой.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ.....	5
1.1. Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога).....	5
1.2. Генерализованное тревожное расстройство	11
1.3. Тревожно-фобические расстройства	17
2. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ.....	24
2.1. Методы диагностики	24
2.2. Алгоритм диагностики.....	31
3. СХЕМЫ АЛГОРИТМОВ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ.....	33
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	36
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	40

ВВЕДЕНИЕ

Современный этап зарубежной и отечественной медицины характеризуется повышенным вниманием к точной и качественной диагностике заболеваний, в частности, психических расстройств, поскольку корректная и своевременная оценка состояния пациента позволяет выбрать оптимальную лечебную стратегию и тем самым повысить качество оказываемой помощи и улучшить прогноз заболевания. В первую очередь правильность верификации диагноза обеспечивается четким определением критериев диагностики, создание понятных и воспроизводимых алгоритмов, позволяющих на разных этапах решать конкретные задачи [6].

Тревожные расстройства невротического уровня широко распространены среди населения, особенно среди лиц, проживающих в мегаполисах. Напряженный ритм жизни, необходимость принимать важные решения в короткий промежуток времени, высокий уровень конкуренции, рост эмоционального напряжения, уменьшение свободного времени – это и многое другое способствует увеличению общего уровня тревожности, является почвой для формирования ряда пограничных психических расстройств [2, 33, 42]. Наиболее часто среди населения регистрируются паническое, генерализованное тревожное и тревожно-фобические расстройства.

Актуальность разработки критериев и алгоритмов диагностики основных тревожных расстройств невротического уровня определяется следующими нерешенными проблемами: высокой частотой встречаемости среди населения этой патологии, значительным снижением качества жизни у больных с паническим расстройством, формированием у них ограничительного поведения, тесной связью клинической картины с внешними социальными, экономическими, культуральными факторами, индивидуальными внешними обстоятельствами, недостаточным использованием современных методов исследования, отсутствием достаточных представлений о специфике получаемых с их помощью данных, характерных для нарушений невротического регистра, недостаточной осведомленностью врачей-психиатров, психотерапевтов о результатах клинических исследований и рекомендациях по применению отдельных методов терапевтического вмешательства, полученных на основе методологии доказательной медицины и другими.

Недостаточное использования современных методов исследования, отсутствие представлений о специфике получаемых с их помощью данных, характерных для

нарушений невротического регистра, приводит к некачественной негативной диагностике и в итоге не позволяет демаскировать клинически сходную патологию, но имеющие различные этиопатогенетические механизмы [6, 29, 30]. Это в свою очередь приводит к ошибочной терапевтической стратегии, использованию не адекватных методов лечения, способствует формированию хронических, затяжных форм заболевания [1,7,16,20].

1. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

1.1.Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)

Паническое расстройство имеет широкую распространенность среди населения [25, 27, 46]. В основе его развития лежат как биологические, так и психологические, и социальные факторы, что определяет необходимость комплексного подхода к их диагностике и лечению, является основой эффективного патогенетически обоснованного применения всего спектра современных биологических и психосоциальных вмешательств и обосновывает целесообразность использования различных организационных форм помощи, включая бригадный подход к лечению и реабилитации пациентов [10,18,23,28].

Соотношение диагностических критериев панического расстройства в классификациях DSM- IV и МКБ-10

Нозология	DSM-IV	МКБ-10
Паническое расстройство	Периодически повторяющиеся неожиданные панические атаки.	Рекуррентные панические атаки, не связанные со специфическими ситуациями или предметами, или опасностью для жизни
	В течение как минимум месяца после одной из атак отмечается хотя бы один из нижеследующих симптомов: <ul style="list-style-type: none"> • озабоченность возможностью новых атак; • беспокойство по поводу атак или их последствий; • значительные изменения в поведении, обусловленные атаками. 	Как минимум 4симптома: <ul style="list-style-type: none"> • вегетативная гиперактивность (потливость, тахикардия или тахипное, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту и др.); • дереализация, деперсонализация • страх потери контроля, сумасшествия, страх умереть • чувство головокружения, обморочности

Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога), F41.0

– одно из наиболее распространенных пограничных психических заболеваний, характеризующиеся рецидивирующими приступами резко выраженной тревоги (паники), не связанными с какими-либо специфическими ситуациями или предметами, а, следовательно, непредсказуемыми и спонтанными. Необходимо подчеркнуть, что **приступы паники**: не связаны с проявлением опасности или угрозы; не ограничиваются известной, предсказуемой ситуацией; возникают при обстоятельствах, не вызывающих объективную тревогу; не имеют ауру перед началом; перемежаются свободными от тревоги периодами между атаками; не являются следствием прямых физиологических эффектов, опосредованных действием какими-либо веществ (например, лекарственных или наркотических); не спровоцированы каким-либо общим медицинским расстройством (например, гипертиреозом) [10,11, 45, 49].

Эпидемиология. Паническое расстройство наиболее часто встречается в возрасте от 25 до 64 лет, данные большинства эпидемиологических исследований показывают 3-4х- кратное преобладание женщин над мужчинами [15, 22, 36]. Распространенность данного заболевания среди населения составляет по разным исследованиям от 2 до 5% [35,36].

В структуре **тревожного синдрома** выделяют 3 основных компонента:

1. Непосредственно субъективные переживания т.е. симптом тревоги в собственном смысле.
2. Страх ожидания приступа, поведение избегания.
3. Вегетативные нарушения – «вегетативные кризы». Чаще симпатикотонические, реже смешанные и вагоинсулярные.

Типичная клиническая картина приступа. Характерное начало симптомами со стороны *сердечно-сосудистой системы* - с внезапно начавшегося «сильного сердцебиения», ощущении «перебоев», «остановки», дискомфорта или боли в области сердца. Большинство панических атак сопровождаются подъемом артериального давления, цифры которого могут быть достаточно значительными. По мере развития заболевания цифры АД снижаются параллельно дезактуализации страха, что может служить надежным диагностическим критерием при дифференциальной диагностике гипертонической болезни с кризовым течением и панического расстройства [11].

Наиболее выраженные нарушения в *дыхательной системе*: затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха с одышкой и гипервентиляцией, «чувство удушья». Описывая приступ, пациенты сообщают, что «перехватило горло», «перестал поступать воздух», «стало душно». Именно эти ощущения заставляют больного открывать окна, балкон, искать «свежий воздух». Приступ может начинаться с ощущения удушья, и в этих случаях страх смерти возникает как следствие «затруднения» дыхания [15].

Реже наблюдаются *желудочно-кишечные расстройства*, такие как тошнота, рвота, отрыжка, неприятные ощущения в эпигастрии.

Как правило, в момент криза наблюдаются головокружение, потливость, тремор с чувством озноба, «волны» жара и холода, парестезии, похолодание кистей и стоп.

В завершающей стадии приступа наблюдается полиурия или частый жидкий стул.

Объективно определяются изменение цвета лица, частоты пульса, колебания АД, причем нередко обнаруживается диссоциация между субъективной регистрацией вегетативных нарушений больными и их выраженностью при объективном осмотре.

Характерные проявления:

Характеристики приступа	<ul style="list-style-type: none"> • дискретность эпизодов • наличие интенсивного страха или дискомфорта • внезапность появления приступа • нарастание максимума в течение нескольких минут • продолжительность по меньшей мере несколько минут
Характеристики вегетативных нарушений	<ul style="list-style-type: none"> • усиление или учащение сердцебиения • потливость, дрожание или тремор • сухость во рту • затруднение дыхания • чувство удушья • боль и дискомфорт в груди • тошнота или дискомфорт в животе • приливы и чувство озноба • онемение или ощущение покалывания
Характеристика психического состояния:	<ul style="list-style-type: none"> • чувство головокружения, неустойчивости, ощущения «предобморочного состояния», • ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «находится не здесь» (деперсонализация), • часто присутствуют «вторичные фобии»: страх умереть, потерять контроль над собой или сойти с ума, страх катастрофы с сердцем, инфаркта, инсульта, падения, неловкой ситуации • возможны также дисфорические проявления: раздражительность,

	обида, агрессия <ul style="list-style-type: none"> • встречаются депрессивные состояния с тоской, подавленностью, безысходностью, жалостью к себе • могут развиваться истеро-конверсионные расстройства при приступах: «чувство кома в горле», афония, амавроз, мутизм, онемение или слабость в конечностях; также отмечаются атаксия и вытягивание, «выворачивание», «скрючивание» рук.
--	--

Постепенно по мере развития заболевания присоединяются **вторичные нарушения:**

- 1) вторичные страх смерти, утраты самоконтроля, сумасшествия;
- 2) вторичное избегание какой-либо ситуации, в которой паническая атака возникла впервые;
- 3) вторичные страхи остаться одному, людных мест, повторных панических атак;
- 4) вторичные социальные фобии;
- 5) вторичные депрессивные расстройства;
- 6) вторичное злоупотребление алкоголем (с анксиолитической целью);
- 7) вторичная зависимость от седативных средств.

Выделяются следующие **разновидности панических приступов:**

а) по представленности симптомов:

- большие (развернутые) панические приступы — 4 симптома и более,
- малые (симптоматически бедные) — менее 4-х симптомов.

Большие приступы возникают реже, чем малые (1 раз/месяц- неделя), а малые могут возникать до нескольких раз в сутки.

б) по выраженности тех или иных составляющих:

Тип приступов	Преобладающие нарушения
«вегетативные» (типичные)	с преобладанием вегетативных нарушений и недифференцированных фобий.
«гипервентиляционные»	с ведущими гипервентиляционными нарушениями, усиленным дыханием, рефлекторным апноэ, парестезиями, болями в мышцах, связанных с респираторным алкалозом.
«фобические»	фобии преобладают в структуре панической атаки над вегетативной симптоматикой. Возникают при присоединении страха в ситуациях, потенциально опасных, по мнению больного, для возникновения приступов.

«конверсионные»	доминирует истеро-конверсионная симптоматика, нередко с сенестопатическими расстройствами, характерна незначительная выраженность или отсутствие страха и тревоги.
«сенестопатические»	с высокой представленностью сенестопатий.
«аффективные»	с выраженными депрессивными или дисфорическими расстройствами.
«деперсонализационно-дереализационные».	с ощущениями нереальности восприятия себя или окружающего.

Выделение **степеней тяжести панического расстройства** основано на частоте возникновения приступов:

1. **Умеренная степень:** по меньшей мере 4 панические атаки в четырехнедельный период.
2. **Тяжелая степень:** по меньшей мере четыре панические атаки в неделю за четыре недели наблюдения.

Течение панического расстройства. По мере прогрессирования в «классических» случаях характерна определенная динамика панического расстройства, которое обычно проходит **следующие стадии:** симптоматически бедные приступы; развернутые приступы паники, ипохондрия, ограниченное фобическое избегание, обширное фобическое избегание, вторичная депрессия.

Заболевание может развиваться медленно в течение месяцев и лет, а может быстро — в течение дней или недель. В 50% случаев паническое расстройство начинается со стадии 1, а в 50% — со стадии 2 [1,10,46].

По мере продолжения приступов паники они могут связываться с различными жизненными обстоятельствами, которые становятся как бы условными фобическими раздражителями. Так, панические приступы, возникнув, имеют тенденцию к закреплению и повторяются в сходных ситуациях (места большого скопления людей, общественный транспорт и пр.) У больных возникают опасения возможности повторения приступов (тревога ожидания). Нередко устойчивое чувство страха формируется уже после первого пароксизма и касается той ситуации, в которой он возник (метро, автобус, толпа). Если приступ случается дома, в одиночестве, часто появляется страх одному оставаться дома. Это способствует формированию особого

режима охранительного поведения, так называемого поведения избегания или фобического поведения, которое распространяется на ситуацию прошлого приступа и способствует возникновению агорафобии.

В качестве относительно **самостоятельных подтипов** выделяют:

1. паническое расстройство с агорафобией,
2. паническое расстройство без агорафобии,
3. агорафобию без панического расстройства.

Выделяются **три «подтипа» течения** панического расстройства.

1. Представлены только панические атаки, клиническая картина которых расширяется лишь за счет преходящих ипохондрических фобий и агорафобии, носящих вторичный характер. По минованию острого периода и редукции панических приступов происходит и полное обратное развитие всех психопатологических расстройств.
2. К атакам быстро присоединяется агорафобия, которая отличается стойкостью проявлений. Быстро формируется фобическое поведение. По мере обратного развития панических приступов редукция других психопатологических расстройств не происходит. Агорафобия выходит на первый план в клинической картине и приобретает стойкий и не зависимый от атак характер. Основной идеей, которой подчинен весь образ жизни больных, становится ликвидация условий возникновения данных приступов (щадящий образ жизни).
3. Возникновением на фоне панических атак ипохондрических фобий. По миновании развернутых приступов на первый план выдвигаются кардио-, инсульто-, танатофобия, определяющие клиническую картину на протяжении месяцев и даже лет. Отмечается постоянная интроспекция и ипохондрическая озабоченность своим здоровьем, при этом поводом для обострения фобий могут стать самые незначительные отклонения в деятельности организма. В то же время агорафобии и избегающего поведения не отмечается.

Дифференциальная диагностика должна проводиться со следующими заболеваниями [1,6,46]:

<ul style="list-style-type: none">• социальная фобия• специфическая фобия• обсессивно-компульсивное расстройство	<ul style="list-style-type: none">• эпилепсия• резидуально-органические заболевания головного мозга
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • посттравматическое стрессовое расстройство • генерализованное тревожное расстройство • аффективные расстройства настроения (эндогенная депрессия, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное расстройство, дистимия) • соматоформные расстройства • шизофрения (приступообразная-прогредиентная, вялотекущая), шизотипическое расстройство • расстройства личности (истерическое, ананкастное, тревожное, эмоционально-лабильное) 	<ul style="list-style-type: none"> • органические заболевания головного мозга • гипоталамическое расстройство • патология щитовидной железы • феохромоцитома • артериальная гипертензия • кардиальные аритмии • пролапс митрального клапана
--	--

1.2. Генерализованное тревожное расстройство

Среди нарушений тревожного спектра генерализованное тревожное расстройство занимает особое место. Традиционно в нашей стране постановка этого диагноза вызывает большие затруднения у специалистов в практическом здравоохранении, несмотря на частую встречаемость [3,12,38]. Такую ситуацию можно объяснить рядом факторов, и в первую очередь, частым присоединением коморбидной психической патологии и сопутствующих соматических нарушений [44]. Врачи общей практики, да и сами пациенты, в большей степени обращают внимание на соматические эквиваленты тревоги, что приводит к задержке пациента у терапевтов, которые не назначают им корректную и адекватную терапию. В итоге это способствует переходу нарушений в хронические формы заболевания, возникновению рецидивов, выраженной декомпенсации состояния, формированию в дальнейшем резистентных к психофармакотерапии форм.

Генерализованное тревожное расстройство в значительной степени ухудшает качество жизни, значительно снижает трудоспособность и общую социальную активность, приводит к нарушениям в различных сферах функционирования [14,21]. Недостаточные знания специалистов и неправильная оценка состояния пациента могут приводить к бесконтрольному приему психотропных препаратов, злоупотреблению алкоголем с анксиолитической целью, формированию депрессивных нарушений, чувства вины и, как следствие, высокому риску суицидного поведения. Все это определяет актуальность разработки диагностических принципов для выявления

генерализованного тревожного расстройства на основании современных представлений и с учетом биопсихосоциальных механизмов формирования этой патологии.

Соотношение диагностических критериев генерализованного тревожного расстройства в классификациях **DSM- IV** и **МКБ-10**

Номенклатура	DSM-IV	МКБ-10
Генерализованное тревожное расстройство	Чрезмерная, трудноконтролируемая тревога или беспокойство на протяжении 6 мес., связанная с различными событиями или видами деятельности (такими как работа, учеба)	Напряжение, беспокойство и опасения носят генерализованный и стойкий характер в течение 6 мес. и более не ограничиваются какими-либо определенными средовыми обстоятельствами и не возникает с явной предпочтительностью этих обстоятельств.
	<p>3 и более симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • неусидчивость, взвинченность, «на грани срыва»; • быстрая утомляемость; • нарушение концентрации внимания; • раздражительность; • мышечное напряжение; • нарушения сна 	<p>Как минимум 4 симптома:</p> <ul style="list-style-type: none"> • двигательное напряжение (суетливость, головная боль напряжения, дрожь, невозможность расслабиться); • вегетативная гиперактивность (потливость, тахикардия или тахипное, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту и др.); • когнитивные нарушения (внимания, память); • настороженность • раздражительность

Несмотря на различия в количестве и содержании диагностических критериев в классификациях DSM- IV и МКБ-10 ими описываются клинически настолько близкие состояния, что данные и результаты исследований, приведенные в зарубежной литературе, могут быть корректно использованы в отечественной науке и практике.

Генерализованное тревожное расстройство, F 41.1 – распространенная и устойчивая тревога и напряжение, не ограниченные или не вызванные преимущественно какими-либо особыми окружающими обстоятельствами («свободно плавающая тревога»). Заболевание характеризуется хроническим или рекуррентным течением и может приводить к выраженной дезадаптации и повышенному суицидному риску. Необходимо подчеркнуть, что тревога длится не менее 6 месяцев; захватывает различные стороны жизни пациента, обстоятельства и виды деятельности; направлена

преимущественно на предстоящие события; не поддается контролю, ее невозможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями; она несоразмерна актуальной жизненной ситуации пациента; нередко сопровождается переживаниями чувства вины [17,26,40].

Эпидемиология. Существуют значительные различия в данных по оценке распространенность этого заболевания, что отражает существующие проблемы в выявлении тревожных состояний вообще, верификации диагноза, отграничение его от коморбидных нарушений. В большинстве исследований указанная распространенность генерализованного тревожного расстройства в течение жизни варьирует от 0,1 до 8,5% и в среднем составляет около 5% случаев среди взрослого населения. Оно составляет среди других всех тревожных расстройств существенную долю – от 12 до 25% [12,32, 38,51]. Имеются данные о распространенности генерализованного тревожного расстройства в Российской Федерации. У жителей промышленного крупного города наличие сформированного синдрома генерализованной тревоги определяется в 6,1% из общей популяции [12].

Клиническая картина преимущественно представлена 3 характерными группами симптомов генерализованного тревожного расстройства. В первую очередь это эмоциональные и аффективные нарушения (психические симптомы) - беспокойство и опасения, которые пациенту трудно контролировать и которые длятся больше, чем обычно. Это беспокойство генерализованно и не фокусируется на специфических проблемах, таких как возможность развития приступа паники (как при паническом расстройстве), страх оказаться в затруднительном положении (как при социальной фобии) или быть загрязненным (при обсессивно-компульсивном расстройстве). Другими психическими симптомами генерализованного тревожного расстройства являются раздражительность, плохая концентрация внимания и чувствительность к шуму.

Ко второй группе симптомов относится моторное напряжение, которое может выражаться в мышечном напряжении, треморе, неспособности расслабиться, головной боли (обычно билатеральной и часто в лобной и затылочной областях), ноющих мышечных болях, ригидности мышц, особенно мышц спины и плечевой области.

Третья группа симптомов представлена гиперактивностью вегетативной нервной системы, которая выражается повышенным потоотделением, тахикардией, сухостью во

рту, дискомфортом в эпигастрии и головокружением и другими симптомами вегетативного возбуждения [17,19,48].

Характерные проявления

<p>Психопатологические проявления</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● первичная тревога, проявляющаяся в виде: <ul style="list-style-type: none"> ○ постоянной напряженности, ○ опасений, ○ настороженности, ○ ожидания «плохого», ○ нервозности, ○ неадекватного беспокойства ○ озабоченности по разным причинам (например, по поводу возможных опозданий, качества выполненной работы, соматического недомогания, боязнь несчастного случая или болезни, безопасности детей, финансовых проблем и т.д.) ● чувство головокружения, неустойчивости или обморочности ● чувство, что предметы нереальны (дереализация) или, что собственное Я отделилось или «по настоящему находится не здесь» ● страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти ● страх умереть ● усиленные проявления на небольшие сюрпризы или на испуг ● затруднение сосредоточения внимания или «пустота» в голове из-за беспокойства <p>постоянная раздражительность</p>
<p>Вегетативные симптомы: желудочно-кишечные дыхательные сердечно-сосудистые урогенитальные нервная система</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● сухость во рту, затруднение при глотании, дискомфорт в эпигастрии, чрезмерное газообразование, бурчание в животе, тошнота ● ощущение сжатия, боль и дискомфорт в груди, затрудненность вдоха (в противоположность затрудненности выдоха при астме), чувство удушья и последствия гипервентиляции ● ощущение дискомфорта в области сердца, сердцебиение, ощущение отсутствия биения сердца, пульсация шейных сосудов ● учащенное мочеиспускание, исчезновение эрекции, снижение либидо, менструальные нарушения, временная аменоррея ● чувство пошатывания, ощущение нечеткости зрения, головокружение и парестезии, потливость, тремор или дрожь, приливы и ознобы, онемение или ощущение покалывания
<p>Нарушения сна</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● затруднения при засыпании из-за беспокойства ● ощущение беспокойства при пробуждении. ● прерывистый или поверхностный сон ● сон с неприятными сновидениями. ● сон с кошмарными сновидениями, нередко пробуждение

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• пробуждения в тревоге• отсутствие чувства отдыха утром |
|--|---|

Часто пациенты с генерализованным тревожным расстройством обращаются не к врачам психиатрам, психотерапевтам, а в первичную медицинскую сеть к врачам общего профиля с соматическими проявлениями тревоги, игнорируя психопатологические проявления. Низкая частота выявляемости генерализованного тревожного расстройства в этом звене здравоохранения способствует развитию хронических форм заболевания, формированию ипохондрической настроенности [24,31,50].

Важность правильной и своевременной диагностики этой патологии, выбора адекватной терапевтической стратегии определяется не только медицинскими, клиническими аспектами, но и особенностями социальных последствий генерализованного тревожного расстройства. По сравнению с другими заболеваниями тревожного спектра чаще выявляются существенные дезадаптирующие состояния, нарушающие все сферы жизни пациента - профессиональную деятельность, семейные отношения, социальное функционирование и др. Доля выраженных и острых тревожных состояний у пациентов с генерализованным тревожным расстройством составляет 72–77%. Также характерны неудовлетворенность жизнью и сознание неблагополучия, сопоставимые с изменениями, выявляемыми при большой депрессии, нередко присоединяется чувство вины, беспомощности, бессмысленности существования. Отмечается значительное снижение качества жизни по всем показателям общего и соматического здоровья, боли в теле, ощущение витальности, душевного нездоровья, выраженное нарушение ролевых и социальных функций. Все это приводит к повышению риска суицидального поведения, что должно учитываться специалистом, который занимается лечение пациента с генерализованным тревожным расстройством [51,52].

Выделяют два типа течения генерализованного тревожного расстройства. При хроническом типе течения симптоматика присутствует постоянно и может иметь как непрерывный, так и волнообразный характер, когда возможны периоды незначительного улучшения самочувствия, но не до полного восстановления психического состояния, нивелирования тревоги. Колебания интенсивности проявления симптоматики может как зависеть от внешних обстоятельств и усиливаться

на фоне негативных переживаний, объективно связанных с актуальной ситуацией пациента, так и быть не связанными с ними и происходить спонтанно.

Рекуррентное течение характеризуется периодическими периодами удовлетворительного самочувствия, которое может возникать, например, после проведенной психофармакотерапии. Но через различные периоды времени тревожная симптоматика возвращается повторно.

Установлено низкое значение условного показателя вероятности выздоровления в течение 2 лет – 0,39, что говорит об очень высокой склонности к хронизации генерализованного тревожного расстройства. К факторам, свидетельствующими о более вероятном благоприятном прогнозе можно отнести такие как позднее начало расстройства, незначительную выраженность социальной дезадаптации, женский пол (женщины более предрасположены к ремиссии). Напротив, в группу факторов, определяющих неблагоприятный прогноз, входят плохие взаимоотношения с супругом или родственниками, наличие коморбидных психических расстройств, мужской пол (мужчины менее предрасположены к ремиссии).

Генерализованное тревожное расстройство нередко предшествует развитию депрессивных расстройств. В этих случаях его рассматривают в качестве первичного расстройства с развитием вторичной депрессии [44].

Одной из отличительных особенностей генерализованного тревожного расстройства является его **высокая коморбидность** с другими психическими расстройствами. Свыше 90% всех пациентов с первичным диагнозом «генерализованное тревожное расстройство» в течение жизни имели еще и другое психическое расстройство. Наиболее часто встречается коморбидность со следующими психическими расстройствами: эндогенная депрессия, рекуррентное депрессивное расстройство; биполярное аффективное расстройство; дистимия; алкогольная зависимость; простые фобии; социофобия; обсессивно-компульсивное расстройство; наркотическая зависимость; психопатологически недеференцированный синдром хронической усталости; астенические нарушения [44].

Также высока сопряженность генерализованного тревожного расстройства с соматической патологией. Отмечается высокая распространенность некоторых соматических заболеваний у пациентов с тревожными расстройствами. Наиболее часто встречаются сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные заболевания, респираторные расстройства, мигрень, аллергические заболевания, метаболическая патология, боли в спине и другие [31].

Дифференциальная диагностика этого заболевания сложна и должна проводиться тщательно с оценкой анамнеза, клинических проявлений, социальных нарушений, психологических особенностей пациента. В ходе верификации диагноза необходимо использовать не только клинический, но и экспериментально-психологический, лабораторно-инструментальный методы.

Дифференциальная диагностика генерализованного тревожного расстройства проводится со следующими заболеваниями:

<ul style="list-style-type: none"> • социальная фобия • специфическая фобия • обсессивно-компульсивное расстройство • посттравматическое стрессовое расстройство • паническое расстройство • аффективные расстройства настроения (эндогенная депрессия, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное расстройство, дистимия) • соматоформные расстройства • шизофрения (параноидная, вялотекущая), шизотипическое расстройство • расстройства личности (истерическое, ананкастное, тревожное, эмоционально-лабильное) 	<ul style="list-style-type: none"> • резидуально-органические заболевания головного мозга • органические заболевания головного мозга • гипоталамическое расстройство • патология щитовидной железы • феохромоцитома • употребление психоактивных веществ (напр., амфетаминов, кокаина и др.) • отмена бензодиазепинов
--	--

1.3. Тревожно-фобические расстройства

Среди нарушений невротического уровня особое место занимают тревожно-фобические расстройства, как патология, имеющая широкое распространение среди различных групп населения во всем мире. Цифры встречаемости этих расстройств среди населения колеблются от 0,6 до 2,7% [9]. Несмотря на понятность содержания страхов, причины их возникновения и поддержания в актуальном состоянии не всегда однозначны. Тревожно-фобические расстройства, в целом не опасные для жизни человека нарушения, могут во многом нарушать социальное функционирование за счет ограничительного поведения, которое нередко бывает выраженным настолько, что создает мощный дистресс организма, существенно ухудшая качество жизни, затрудняя межличностное общение, нарушая выполнение профессиональной деятельности. В

развитии тревожно-фобических расстройств невротического уровня играют роль как биологические, так и социальные и психологические факторы, причем последние имеют ведущее значение. Согласно традиционной отечественной систематике, тревожно-фобические расстройства относятся к группе невротических расстройств (неврозов), т.е. к психогенно обусловленным болезненным состояниям, характеризующихся многообразием клинических проявлений, осознанием болезни и отсутствием изменений самосознания личности. Согласно классификации МКБ-10, тревожные расстройства делятся на тревожно-фобические расстройства, а также на другие тревожные расстройства, куда входят паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, а также смешанное тревожно-депрессивное расстройство, обсессивно-компульсивные расстройства и реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации, включающие посттравматическое стрессовое расстройство [4].

Являясь функциональными нарушениями, тревожно-фобические расстройства вызывают определенные трудности в верификации, поскольку грань между нормальными проявлениями психического здоровья и патологией подчас незаметна, что требует тонкой дифференциальной диагностики с использованием мультидисциплинарного подхода и специалистов различных направлений (врачей-психиатров, психотерапевтов, интернистов, медицинских психологов и др.) [6].

Высокая частота встречаемости этой патологии среди населения, большая вероятность формирования ограничительного поведения, нарушения социального функционирования этих пациентов, снижение качества их жизни, недостаточная информированность специалистов о причинах, механизмах, характерной клинической картине, частой коморбидной патологии, психологических особенностях пациентов обуславливают актуальность выделения четких критериев диагностики, разработку диагностических и лечебных алгоритмов [8].

Соотношение диагностических критериев тревожно-фобических расстройств

в классификациях DSM- IV и МКБ-10

Нозология	DSM-IV	МКБ-10
Тревожно-фобические расстройства	<ul style="list-style-type: none"> • Паническое расстройство с агорафобией • Агорафобия без панического расстройства • Социальная фобия • Простая фобия 	<ul style="list-style-type: none"> • Агорафобия без панического расстройства с паническим расстройством • Социальные фобии • Специфические (изолированные) фобии

Тревожно-фобические расстройства (F40) – группа расстройств, в клинической картине которых преобладает боязнь определенных ситуаций или объектов (внешних по отношению к субъекту), не представляющих реальной опасности. В результате больной избегает таких ситуаций или переносит их, преодолевая чувство страха. Необходимо подчеркнуть, что фобическая тревога физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги; может отличаться по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса; не уменьшается от сознания того, что другие люди не считают данную ситуацию столь опасной или угрожающей; даже представление о попадании в фобическую ситуацию обычно вызывает тревогу предвосхищения [4, 8, 9].

Эпидемиология. Тревожно-фобические расстройства встречаются с частотой 5-12%. Большинство фобических расстройств, кроме социальных фобий, чаще встречается у женщин [6, 9].

Основные критерии диагностики тревожно-фобических расстройств [4, 13]:

1. Тревога, обусловленная вполне определенными ситуациями, которые объективно не опасны.
2. Эти ситуации вызывают их избегание или страх.
3. Тревога может варьировать от легкой степени до ужаса.
4. Характерно появление вегетативных симптомов, обуславливающих вторичные страхи.
5. Субъективная тревога не зависит от объективной оценки окружающих.
6. Тревога предшествует ситуации, способной вызвать страх.
7. Страх заболевания, если он связан с конкретной ситуацией, но не страх заражения (нозофобия) или уродства (дисморфофобия), – тогда он относится к ипохондрическому расстройству (F45.2).

Принятие критерия, что фобический объект или ситуация являются внешними по отношению к субъекту, подразумевает, что многие страхи наличия какого-либо заболевания (нозофобия) или уродства (дисморфофобия) теперь классифицируются в рубрике F45.2 (ипохондрическое расстройство). Однако, если страх заболевания возникает и повторяется, главным образом, при возможном соприкосновении с инфекцией или загрязнении или является просто страхом медицинских процедур (инъекций, операций и т.д.), либо медицинских учреждений (стоматологических кабинетов, больниц и т.д.), в этом случае подходящей будет рубрика F40.0 (обычно – F40.2, специфические (изолированные) фобии) [4].

Часто фобическая тревожность и депрессия возникают одновременно. Решение о постановке двух диагнозов (тревожно-фобическое расстройство и депрессивный эпизод) или только одного принимают с учетом степени преобладания одного расстройства над другим, а также последовательности их возникновения. Если критерии для депрессивного расстройства существовали еще до того, как впервые появились фобические симптомы, тогда первое расстройство диагностируют как основное [5, 8, 36].

К наиболее частым **типам тревожно-фобических расстройств** относят **агорофобию**. Это довольно хорошо очерченная группа фобий, включающая боязнь остаться без какой-либо помощи вне дома, в толпе, общественных местах, в одиночестве, при переездах, в транспорте, метро, поездах, автобусе, самолете, на мостах и др [33]. Несмотря на то, что интенсивность тревоги и выраженность избегающего поведения различны, это наиболее дезадаптирующее из фобических расстройств, приковывающих некоторых пациентов к дому, поскольку они подчас не могут выходить на улицу из-за страхов [41]. В некоторых случаях им это удается в сопровождении близких, которых они считают надежными в ситуации, когда может понадобиться помощь. У лиц с преобладанием истероидного радикала в личностной организации симптоматика может носить демонстративный, манипулятивный характер, заставляя окружающих выполнять желания и капризы пациента. При агорофобии тревога ограничена следующими ситуациями: толпа, общественные места, передвижения вне дома, путешествие в одиночестве. Избегание фобических ситуаций значительно выражено, вплоть до полного отказа. Пациент в полной мере осознает содержание своего страха, попытки пересилить себя обычно или не дают результата или переносятся с большим дискомфортом. В некоторых случаях пациент выбирает облегченное поведение, например, при необходимости передвижения выбирает не общественный транспорт, а такси, при страхе общественных мест стремиться покупать продукты не в больших супермаркетах, а в маленьких лавочках [43, 47].

Критерии агорофобии и алгоритм диагностики:

<p>А. Тревога по поводу попадания в места или ситуации, из которых может быть затруднительно выбраться или в которых помощь не может быть оказана вовремя в случае неожиданного или ситуационно спровоцированного развития панических симптомов. Агорофобические страхи обычно происходят в типичных ситуациях, которые включают в</p>
--

себя страх выходить из дома одному, страх толпы или очередей, страх мостов, поездок в автобусе, поезде или автомобиле.

Примечание: При избегании какой-либо одной ситуации диагностируется специфическая (простая) фобия, при избегании социальных ситуаций – социальная фобия.

Б. Ситуации избегаются (например, поездки ограничиваются) или сопровождаются значительными переживаниями и тревогой по поводу возможности развития симптомов паники. Ситуации могут преодолеваются в присутствии кого-либо.

В. Тревога или фобическое избегание не соответствуют больше критериям другого психического расстройства, как, например, «социальная фобия» (избегание определенных социальных ситуаций по причине страха или стеснения), «специфическая фобия» (например, избегание таких конкретных ситуаций, как поездка в лифте), «обсессивно-компульсивное расстройство» (например, избегание грязи в случае страха загрязнения), «посттравматическое стрессовое расстройство» (избегание ситуаций, напоминающих о стрессовом событии) или «тревожное расстройство разлуки» (например; избегание расставания с домом и родственниками).

Другой частой формой тревожно-фобического расстройства являются **социальные фобии**, представляющие одну из форм нарушения межперсонального взаимодействия. Страх внимания со стороны других людей в большинстве случаев носит иррациональный характер и формируется в подростковом возрасте, когда негативные поведенческие реакции со стороны окружающих воспринимаются особенно остро. Пациент боится внимания со стороны окружающих и акцентирован на этом. Даже в ситуациях, когда другие люди объективно не обращают на него внимание, ему кажется, что взгляды прикованы к нему и оценка его поведения или внешности исключительно негативная, презрительная или насмешливая. Данное расстройство одинаково часто возникает у мужчин и у женщин. Кроме страха оказаться просто в центре внимания нередко встречается страх повести себя не так, не справиться с заданием, совершить смешной или глупый поступок, сказать нелепость, быть осмеянным. На фоне тревожных переживаний возникают вегетативные симптомы, которые еще больше усугубляют состояние пациента. Частыми симптомами являются покраснение лица, дрожание рук, голоса. Пациенту кажется, что его состояние заметно окружающим и это усиливает тревогу, возникает замкнутый круг. Среди симптомов также отмечается тошнота, страх рвоты, позывы или страх мочеиспускания или дефикации. Страх может быть изолированным (например, только страх приема пищи в

присутствии других людей, публичных выступлений, встреч с определенным кругом знакомых) или диффузным, включающим почти все социальные ситуации вне семейного круга. Очевидно, что в таком случае возникает существенное нарушение социального функционирования, мешающее строить личные отношения, общаться, учиться, заниматься профессиональной деятельностью. При самых выраженных проявлениях формируется социальная изоляция. Появление симптомов тревоги возникает только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх, или при мыслях о них. Обычно страху предшествует заниженная самооценка и боязнь критики. В анамнезе у таких пациентов нередко можно встретить неудачных опыт взаимоотношений в школьном коллективе, отвержение сверстниками, издевки со стороны педагогов. В родительских семьях также отношение к ребенку способствует формированию заниженных представлений о себе [6, 8].

Критерии социальных фобий:

А. Иррациональный страх пристального внимания со стороны других людей (обычно в малых группах). Возможен как страх оказаться в центре внимания, так и страх повести себя не так. Характерные симптомы – покраснение лица, дрожание рук, тошнота, постоянные позывы на мочеиспускание.
Б. Страх может быть изолированным (например, только страх приема пищи в присутствии других людей, публичных выступлений, встреч с определенным кругом знакомых) или диффузным, включающим почти все социальные ситуации вне семейного круга.
В. Больные избегают фобических ситуаций, что в крайних случаях приводит к социальной изоляции.

В качестве третьей большой группы тревожно-фобических расстройств выделяют **специфические (изолированные) фобии** – психопатологическое расстройство, характеризующиеся наличием страха относительно определенного объекта или действия. Часто страх ассоциирован с конкретным объектом, являющейся причиной реальной или предполагаемой опасности в прошлом. Роль пускового механизма при специфической фобии выполняет изолированная ситуация, попадание в нее может вызвать ужас, панику, как при агорофобии или социальной фобии. В момент страха отмечаются яркие вегетативные проявления. Соответственно формируется

выраженное избегание таких ситуаций. Необходимо отметить, что страх носит иррациональный характер и не соответствует реальной опасности объекта или ситуации. Определяется значительное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или из-за стремления избежать ситуаций и осознание, что они чрезмерны или необоснованны. Страх фобических объектов не обнаруживает тенденции к колебаниям интенсивности, в противоположность агорафобии. Объекты страха иногда появляются в тревожных, кошмарных сновидениях. Выделяют страх объекта (например, животного) и страх определенной ситуации (например, высоты, грома, темноты, закрытого пространства, мочеиспускания или дефекации, употребления определенных пищевых продуктов, лечения зубов, вида крови или травмы) с необходимостью их избегать. К этой же диагностической категории относятся и нозофобии – лучевая болезнь, онкоболезнь, венерические инфекции, остановка сердца, синдром приобретенного иммунодефицита, гепатит С и другие. Специфические (изолированные) фобии чаще возникают в детстве или юношеском возрасте и могут существовать десятилетиями. Снижение адаптации зависит от того насколько легко больной может избежать фобической ситуации. Для достоверного диагноза необходимо убедиться, что психологические или вегетативные симптомы являются первичными проявлениями тревоги, а не вторичными по отношению к другим симптомами, таким как бред или навязчивые мысли; тревога должна ограничиваться определенным объектом или ситуацией; фобическая ситуация избегается, когда только это возможно [4, 5, 13, 34].

Критерии специфических (изолированных) фобий:

А. Иррациональный страх какого-либо объекта (например, животного) или определенной ситуации (например, высоты, грома, темноты, закрытого пространства, пауков, вида крови, заражения, нозофобии), не относящихся к агорофобии или социальной фобии.
Б. Роль пусковой ситуации расстройства выполняет изолированная ситуация, попадание в которую может вызвать панику.
В. Специфические фобии обычно возникают в детстве или в юношеском возрасте и могут существовать десятилетиями
Г. Снижение адаптации зависит от того, насколько легко больной может избегать фобической ситуации

Классификация специфических фобий:

1. Животных (например, страх насекомых, собак).
2. Естественных природных сил (например, страх ураганов, воды).
3. Крови, инъекций, травм.
4. Ситуаций (например, страх лифтов, туннелей).
5. Другой тип фобий.

Дифференциальная диагностика тревожно-фобических расстройств проводится как с рядом психических заболеваний, так и соматических, где вегетативные нарушения и появление страхов различного содержания носит вторичный характер.

Дифференциальная диагностика тревожно-фобических расстройств должна проводиться со следующими заболеваниями:

<ul style="list-style-type: none">• обсессивно-компульсивное расстройство• посттравматическое стрессовое расстройство• генерализованное тревожное расстройство• ипохондрическое расстройство• аффективные расстройства настроения (эндогенная депрессия, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное расстройство, дистимия)• соматоформные расстройства• шизофрения (приступообразная-прогредиентная, вялотекущая), шизотипическое расстройство• расстройства личности (истерическое, ананкастное, тревожное, эмоционально-лабильное)	<ul style="list-style-type: none">• эпилепсия• резидуально-органические заболевания головного мозга• органические заболевания головного мозга• гипоталамическое расстройство• патология щитовидной железы• феохромоцитома• артериальная гипертензия• кардиальные аритмии• пролапс митрального клапана• инфекционные заболевания
--	--

2. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

2.1. Методы диагностики

Для диагностики панического, генерализованного тревожного и тревожно-фобических расстройства применяются **следующие методы:**

1. Клинический метод
 - 1) клинико-анамнестический аспект
 - 2) клинико-психопатологический аспект
 - 3) клинико-патогенетический аспект
2. Экспериментально-психологический метод

3. Инструментально-лабораторные методы - электроэнцефалографический, биохимический, нейропсихологический, метод лучевой диагностики – магнитно-резонансная томография головного мозга.

Клинический метод включает в себя клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, клиничко-патогенетический.

Клиничко-анамнестический метод направлен на выяснение факторов, принимавших участие в формировании преморбида больных и в развитии психопатологических расстройств. Оценивается влияние биологических, соматических, социальных и психологических провоцирующих факторов в возникновении и поддержании патологического процесса. Подробно изучается история возникновения, этапы течения и развития заболевания, сопоставляются временные и качественные характеристики появления клинических нарушений, особенность их динамики, реакция на изменение внешних обстоятельств, терапевтические вмешательства. Проводится клиническое полуструктурированное интервью, которое дает возможность учитывать индивидуальные особенности истории жизни и заболевания пациента и соотносить их с его личностными качествами и проявлениями имеющихся нарушений.

Клиничко-психопатологический метод имеет целью описание психической патологии, выделение основных признаков заболевания (симптомов), выявления их структуры (синдромов) и динамики (синдромокинеза), а также определение отношения больного к своему заболеванию и к отдельным его проявлениям. Тщательно анализируется психический и неврологический статусы с учетом характерных особенностей, присущих больным с тревожно-фобическими, паническим и генерализованным тревожным расстройствами. Учет клинической симптоматики проводится с помощью заполнения клинических карт, анализа историй болезни, клинического интервью, соматического обследования пациента, использования метода включенного наблюдения за состоянием и поведением пациента в момент общения с медицинскими работниками, психологами, другим персоналом. Для объективизации полученных данных целесообразно проводить беседы с родственниками, близкими пациента. На основании анализа совокупности симптомов, базирующихся на едином патогенетическом механизме и соотнесения их с конкретными клиническими единицами выделяются ведущие (доминирующие) синдромы, отражающие основную направленность клинических проявлений.

Оцениваются особенности видоизменения симптоматики (усиление, ослабление, изменение симптомов) в процессе течения и лечения заболевания. Учитываются защитные и адаптационные механизмы организма и личности.

Клинико-патогенетический метод позволяет оценить механизмы возникновения заболевания и его клинических проявлений, выявить совокупность процессов, определяющих начало, течение и исход болезни. Проводится подробный анализ, для выявления этапов и механизмов заболевания, определения причинно-следственных связей, установления зависимости между различными внутренними условиями организма, личности пациента и клиническими, психопатологическими и психологическими проявлениями. Исследование патогенеза у каждого пациента должно основываться на учете совокупности анамнестических, клинических, психологических и лабораторных обследований.

Экспериментально-психологический метод включает в себя:

Симптоматические опросники.

1). *Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90- Revised – SCL-90-R).* Методика SCL-90-R создана L.R. Derogatis et. al., (1974, 1975) на основе Hopkins Symptom Checklist (HSCL). Опросник позволяет оценивать актуальный психопатологический симптоматический статус у больных с различными нервно-психическими заболеваниями.

2). *Шкала тревоги Бека (The Beck Anxiety Inventory – BAI).* Это клиническая тестовая методика, предназначенная для скрининга тревоги и оценки степени её выраженности. Шкала тревоги Бека представляет собой простой, удобный инструмент для предварительной оценки степени выраженности тревожных расстройств у широкого круга лиц.

3). *Шкала тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS).* Это клиническая рейтинговая шкала, предназначенная для измерения тяжести тревожных расстройств пациента. Методика была создана на основе тщательного эмпирического анализа клинических данных. Шкала тревоги Гамильтона – важный, точный и удобный диагностический инструмент, применяющийся в повседневной практике врачей-специалистов, часто встречающихся с тревожными расстройствами. Шкала тревоги Гамильтона является «золотым стандартом» клинических научных исследований, так как позволяет клинически достоверно оценить выраженность тревожных расстройств в широком диапазоне.

4). *Шкала тревоги Спилбергера* (State-Trait Anxiety Inventory – STAI). Шкала является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Разработана методика Ч.Д. Спилбергером в 1966-1973 гг., адаптирована Ю.Л. Ханиным в 1978 году.

5). *Интегративный тест тревожности (ИТТ)*. Это оригинальная клиническая тестовая методика, созданная в 2005 году в НИПНИ им. Бехтерева А.П. Бизюком, Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым. Предназначена для общей структурной экспресс-диагностики тревоги и тревожности, в том числе в клинике пограничных нервно-психических расстройств.

Методики для психологической диагностики структуры личности.

1). *Стандартизованный клинический личностный опросник ММПИ* (адаптированный И.Н. Гильяшевой, Л.Н. Собчик и Т.Л. Федоровой (1982) – полный вариант ММПИ). Оригинальный опросник создан в 40-50-х годах XX века S.R. Hathaway и J.C. McKinley (1940), как вспомогательное средство для постановки психиатрического диагноза. Однако в дальнейшем оказалось, что тест не подходит для решения дифференциально-диагностических задач, но имеет большую ценность, как для характеристики личности испытуемого, так и для оценки его актуального состояния. В настоящее время используется полный текст ММПИ, адаптированный в Институте им. В.М. Бехтерева, апробированный на больных разных нозологических групп с целью проверки диагностических возможностей (Беспалько И.Г., Гильяшева И.Н., 1971), и стандартизированный на нормативной выборке.

2). *Методика «Я-структурный тест» Г. Аммона (ISTA), И. Бурбиль (2003)*. Методика разработана немецкими психологами на основе концепции личности G. Ammon (1981) в соответствии с принципами динамической психиатрии. Являясь психоаналитической методикой, тест позволяет измерять бессознательные личностные образования с помощью сознательного самоотчета, поскольку в утверждениях закладывается набор ситуаций, в которых может более или менее однозначно проявиться бессознательное. В России тест адаптирован в Институте им. В.М. Бехтерева Ю.Я. Тупицыным, В.В. Бочаровым и др. (1998).

Методики для исследования отдельных индивидуально-психологических особенностей личности.

1). *Методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК)*, Опросник УСК является инструментом измерения локуса контроля – психологического феномена, описанного J.B. Rotter (1954) в рамках теории социального научения. Авторы русскоязычной версии опросника разработали его исходя из принципа иерархической структуры системы регуляции деятельности (Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М., 1984).

2). *Опросник для исследования личностных убеждений «Personal Beliefs Test»* (Kassinove H., Berger A., 1984). Опросник разработан в Университете Хофстра (США) Howard Kassinove, Andrew Berger (1981). В 1984 году авторами были внесены некоторые изменения в содержание опросника, целесообразность которых была подтверждена факторным анализом. Основное назначение опросника – изучение рациональных и иррациональных идей (установок) респондентов.

3). *Многомерная шкала перфекционизма (Multidimensional perfectionism scale – MPS)* Это личностная диагностическая шкала, разработанная канадскими учеными П.Л. Хьюиттом (P.L. Hewitt) и Г.Л. Флеттом (G.L. Flett) для измерения уровня перфекционизма и определения характера соотношения его составляющих у испытуемого. Методика является первой стандартизированной шкалой для измерения такой личностной черты, как перфекционизм. Она может найти применение в клинической и практической психодиагностике личности, в консультировании и психотерапии.

Методики для психологической диагностики факторов риска психической дезадаптации.

1). *Методика «Индекс жизненного стиля» (Life style index)*. Методика Life Style Index (LSI), создана в 1979 г. на основе психоэволюционной теории R. Plutchic и структурной теории личности Н. Kellerman. Она диагностирует всю систему механизмов психологической защиты, выявляет как ведущие, основные механизмы, так и оценивает степень напряженности каждого.

2). *Методика Е. Heim (1988) для определения характера копинг-поведения.* Методика Е. Heim позволяет исследовать 26 ситуационно-специфических вариантов копинг-стратегий, распределенных на когнитивные, эмоциональные и поведенческие механизмы совладания. В нашей стране методика была переведена и адаптирована в отделении неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева В.А. Абабковым и др. (1998).

3). *Методика совладающего поведения (COPE)*. Предназначена для выявления копинг-стратегий в стрессовых ситуациях. Методика представляет собой русскоязычную адаптацию опросника COPE, созданного К. Карвером, М. Шейером и Дж. Вейнтраубом на основе теоретических представлений Р. Лазаруса и собственной теоретической модели. На русском языке методика адаптирована и валидизирована в 2010 году П.А. Ивановым и Н.Г. Гараняном и в 2013 году Е.И. Рассказовой, Т.О. Гордеевой и Е.Н. Осиним. Шкалы опросника COPE предоставляют возможность тестировать широкий спектр продуктивных и непродуктивных копинг-стратегий, включая несколько видов избегающего копинга, склонность к «употреблению ПАВ», склонность обращаться к религии в стрессогенных жизненных ситуациях, а также стремление опираться на социальную поддержку в двух ее формах – инструментальной и эмоциональной.

4). *Мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne decision making questionnaire, – MDMQ)*. Это личностный опросник, направленный на диагностику индивидуального стиля принятия решений. Опросник является результатом апробации более общего опросника Флиндерса (Flinders' Decision Making Questionnaire, DMQ). На русском языке валидизирован Т.В. Корниловой, С.А. Корниловой, М.А. Чумаковой в 2010 году. Психологические исследования принятия решений человека в условиях неопределенности включают как анализ когнитивных составляющих, так и личностных аспектов регуляции его выборов.

Методики для психологической диагностики системы значимых отношений.

1). *Опросник для исследования межличностных проблем (Inventory of Interpersonal Problems (IIP))*. Опросник IIP создан L.M. Horowitz et al., в 1988 году с целью диагностики наиболее существенных межличностных проблем у пациентов с различными нервно-психическими заболеваниями. Авторы исходили из положения о том, что понимание и решение интерперсональных трудностей является важным моментом в лечении множества расстройств, включая депрессивные и тревожные. В этой связи опросник широко используется в психотерапии, а также с целью оценки эффективности проведенного лечения.

2). *Методика для исследования выраженности внутриличностных конфликтов*, разработанная С. Ледером и сотр. (1973) в клинике неврозов Института психиатрии и неврологии в Варшаве (Польша).

Скрининг панического расстройства

Шкала тревоги Шихана (ShARS). Разработана D.V. Sheehan в 1983 году. Это скрининговый тестовый инструмент для диагностики и самодиагностики расстройств тревожного спектра. Методика создана в 1983 году на основании выборки симптомов тревожных расстройств и панически атак и включает в себя наиболее распространённые проявления этих расстройств, в том числе соматические и вегетативные проявления тревоги. Шкала предназначена для использования на популяции взрослых лиц с установленным или предполагаемым расстройством тревожного спектра.

Уровень тревоги выше 30 баллов считается клинически значимым, а выше 80 - очень высоким.

0-30 - отсутствие клинически выраженной тревоги.

30-80 - клинически выраженная тревога.

80 и выше - тяжелое тревожное расстройство.

Средний балл при паническом расстройстве и агорафобии составляет 57 ± 20 .

Целью терапии должно быть достижение уровня тревоги ниже 20 баллов.

Скрининг генерализованного тревожного расстройства

Опросник на выявление генерализованного тревожного расстройства, который представляет собой шкалу самоотчета, включающую семь вопросов. Пациенту предлагают оценить выраженность следующих проявлений в течение последних 2 недель:

- переживание тревоги, нервозности или ощущение «на грани срыва»;
- отсутствие возможности прекратить или контролировать тревогу;
- сильное беспокойство по различным поводам;
- трудность расслабления;
- неусидчивость;
- раздражительность и несдержанность;
- тревожные предчувствия пугающих событий.

Каждый симптом оценивают по выраженности от 0 до 3 баллов.

0-4 – минимальный уровень тревожности

5-6 – умеренный уровень тревожности

10-14 – средний уровень тревожности

15-21 – высокий уровень тревожности

Средняя выраженность у больных с генерализованным тревожным расстройством составляет 14,4 балла.

Инструментально-лабораторные методы – электроэнцефалографический, биохимический, нейропсихологический, метод лучевой диагностики – магнитно-резонансная томография головного мозга – решают в первую очередь задачи дифференциальной диагностики.

2.2.Алгоритм диагностики

Диагностику и верификацию панического, генерализованного тревожного и тревожно-фобических расстройств проводит врач-психиатр, врач-психотерапевт, врач общей практики используя комплекс методов для определения наличия диагностических критериев указанных заболеваний и дифференциальной диагностики с другими патологическими состояниями, учитывая также данные, получаемые от других специалистов (медицинских психологов, социальных работников, врачей других специальностей).

1 этап. Проводится первичная беседа с пациентом и, по возможности, с его родственниками.

<i>Подробно оценивается:</i>	<i>Предварительно оценивается:</i>
<ul style="list-style-type: none">• Клиническая картина заболевания (клинические проявления, выраженность и характер симптоматики, особенности течения, условия и давность появления первых симптомов)• Наличие наследственной отягощённости психическими заболеваниями• Предыдущее лечение и его результаты• Психический статус на момент осмотра• Соматический и неврологический статус• Наличие коморбидной и сопутствующей патологии• Мотивация на лечение	<ul style="list-style-type: none">• Актуальные жизненные обстоятельства пациента• Преморбидные особенности личности• Социальный статус (образование, семейное положение, трудовой статус, особенности социального функционирования, круг и стиль общения, особенности межличностного взаимодействия и т.п.)• Характерные особенности эмоционального реагирования• Условия формирования и поддержания тревоги, фобий
Результат: осуществляется первичная	верификация диагноза, первичная

дифференциальная диагностика (клиническая) с другой психической патологией.

2 этап. Назначение и оценка данных дополнительных методов исследования.

Определяется необходимый объем и проводятся экспериментально-психологическое и инструментально-лабораторное обследование.

Результат: подтверждение диагноза, дифференциальная диагностика с другими заболеваниями.

3 этап. Проведение ряда повторных бесед (количество определяется индивидуально в зависимости от особенностей пациента).

Подробно оценивается

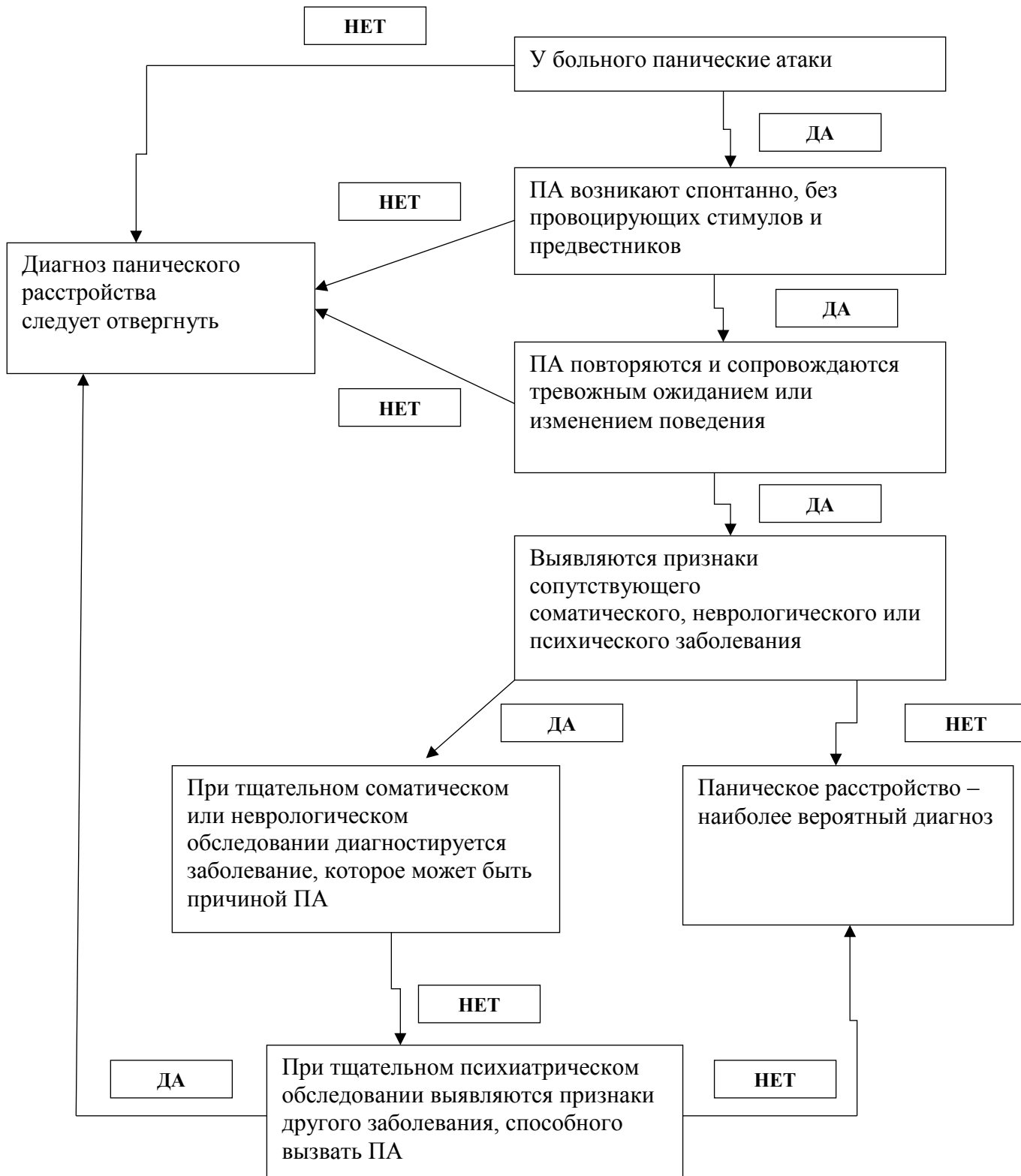
- Актуальные жизненные обстоятельства пациента
- Ситуации избегающего поведения
- Преморбидные особенности личности
- Социальный статус (образование, семейное положение, трудовой статус, особенности социального функционирования, круг и стиль общения, особенности межличностного взаимодействия и т.п.)
- Характерные особенности эмоционального реагирования
- Преимущественно используемые психологические защиты и копинг-механизмы
- Отношение к заболеванию
- Систему отношений пациента
- Особенности когнитивных установок
- Сформированные поведенческие стереотипы
- Отношение к себе и самооценка

Результат: определение индивидуальных особенностей заболевания, определение психотерапевтических мишеней

Паническое, генерализованное тревожное и тревожно-фобические расстройства – заболевания, в отношении которых необходимо комплексное применение биологических, психотерапевтических, психосоциальных, психообразовательных методов и использование различных организационных форм помощи. Это соответствует современным положениям о бригадном подходе в работе с больными и приближению оказания помощи к общественно ориентированной психиатрии.

3. СХЕМЫ АЛГОРИТМОВ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

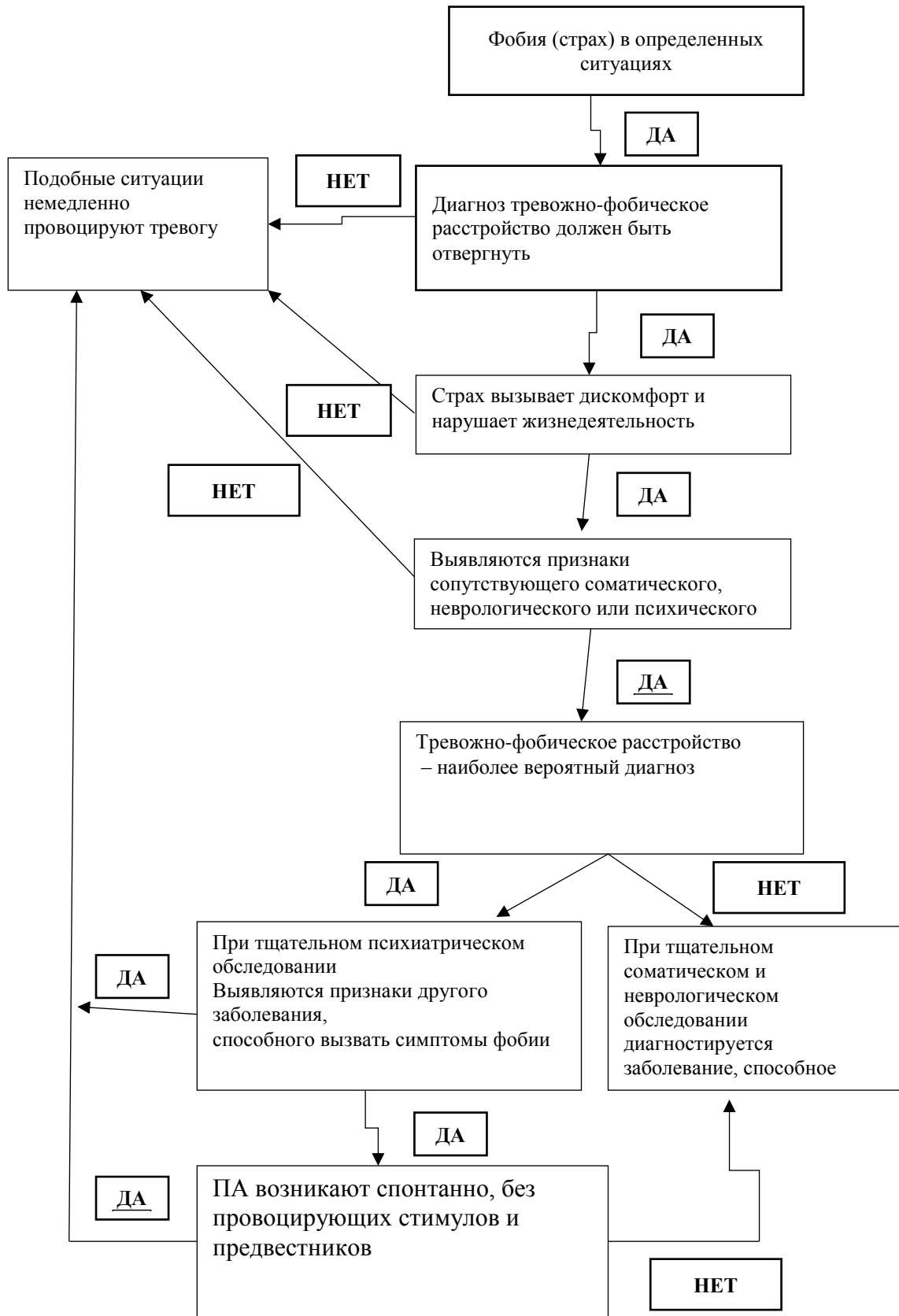
Алгоритм диагностики панического расстройства



Алгоритм диагностики генерализованного тревожного расстройства



Алгоритм диагностики тревожно-фобического расстройства



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вейн, А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты) / М.: «Эйдос Медиа», 2004. - 408 с.
2. Еричев А.Н., Моргунова А.М. Современные стрессовые ситуации и возникновение чувства тревоги. Как научиться бороться. / Практическое руководство. СПб: Изд. дом. СПб МАПО, 2009. – 30 с.
3. Залуцкая Н.М. Генерализованное тревожное расстройство: современные теоретические модели и подходы к диагностике и терапии. Часть 1. /Обзор психиатрии и медицинской психологии. – 2014 – № 3 – С.80-89.
4. Казаковцев Б.А., Голланд В.Б. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99) (Класс V МКБ 10, адаптированный для использования в Российской Федерации). /М.: Минздрав России. — 1998. — С. 138–145.
5. Калинин В.В. Современные представления о феноменологии, патогенезе и терапии тревожных состояний // Социальная и клиническая психиатрия. — 1993. — № 3. — С. 128–142.
6. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бутома Б.Г., Еричев А.Н., Мельникова Ю.В., Саврасов Р.Г. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 1. / Социальная и клиническая психиатрия. – 2013 – Т. 23.– № 4 – С.45-50.
7. Литвинцев С.В., Успенский Ю.П., Балухова Е.В. Новые возможности терапии тревожных расстройств // Российский психиатрический журнал. — 2007. — № 3.— С. 73–79.
8. Нуллер Ю.Л. Тревога и ее терапия // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — Т. 4. — № 2. — С. 4–6.
9. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. /М.: Экспертное бюро-М. — 1997. — С. 141–153.
10. Резник А.М., Арбузов А.Л., Квашнина Н.В., Лисицына Е.А. Агорафобия и паническое расстройство с генерализацией тревоги: клиника и возможности терапии / Психиатрия и психофармакотерапия. -2004. Т. 6.
11. Секунда Ю.И., Шпрах В.В. Особенности структуры панических атак в зависимости от типа личности пациентов / Сибир. мед журн - Иркутск, 2006 - №7 - С 64-66.

12. Чуркин А.А. Результаты эпидемиологического исследования распространенности ГТР среди населения крупного промышленного города. Доклад на экспериментальном совещании по вопросам диагностики и терапии ГТР 25.03.2010.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. — Arlington: American Psychiatric Association. — 2013.
14. Andlin-Sobocki P., Wittchen H-U Cost of anxiety disorders in Europe. - Eur.J.Neurol., 2005; 12: 9-44.
15. Barzega, G., Maina G., Venturello S., Bogetto F. Gender-related differences in the onset of panic disorder / Acta Psychiatr. Scand. -2001.-Vol. 103, №3.-P. 189—195.
16. Beck A. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties // J. of Consulting and Clinical Psychology. — 1988. — Vol. 56. — P. 893–897.
17. Behar, E., Borkovec, T.D. (2005). The nature and treatment of generalized anxiety disorder. In: B.O. Rothbaum (Ed.), The nature and treatment of pathological anxiety: essays in honor of Edna B. Foa (pp. 181-196). New York: Guilford.
18. Blaya C, Salum GA, Lima MS, Leistner-Segal S, Manfro GG. Lack of association between the Serotonin Transporter Promoter Polymorphism (5-HTTLPR) and Panic Disorder: a systematic review and meta-analysis // Behav Brain Funct. 2007 Aug. 18; 3: 41.
19. Borkovec, T.D., Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder/. Behaviour Research and Therapy, 28, 153-158.
20. Brown L. A., Gaudiano B. A., Miller W. The impact of panic-agoraphobic comorbidity on suicidality in hospitalized patients with major depression / Depress Anxiety. 2010. - Mar. - Vol. 27 (3). - P. 310—315.
21. Bruce S.E., Yonkers K.A., Otto M.W. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia and panic disorder: 12-year prospective study. Am.J.Psychiatry, 2005, 62, p.1179-1187.
22. Choi W.S., Lee B.H., Yang J.C., Kim Y.K. Association Study between 5-HT1A Receptor Gene C (-1019)G Polymorphism and Panic Disorder in a Korean Population // Psychiatry Investig. 2010 Jun; 7(2): 141-6.
23. Daniels CY. Panic disorder. 2010. <http://emedicine.medscape.com/article/287913-overview>
24. Diefenbach, G. J., Stanley, M. A. Beck, J. G. (2001). Worry content reported by older adults with and without generalized anxiety disorder. Aging and Mental Health, 5, 269-274.

25. Edward J., Ruskin N., Turrini P. Separation/individuation: Theory and application. — New York: Gardner Press, 1991.
26. Eng, W., Heimberg, R. G. (2006). Interpersonal correlates of generalized anxiety disorder: self versus other perception. *Anxiety Disorders*, 20, 380-387.
27. Epidemiology of panic / N. M. Batelaan, R. De Graaf, A. J. Van Balkom et al. // *Tijdschr. Psychiatr.* 2006. - Vol. 48, № 3. - P. 195—205.
28. Foldes-Busque G., Marchand A., Landry P. Early detection and treatment of panic disorder with or without agoraphobia: update / *Can. Fam. Physician.* 2007. - Vol. 53, № 10.-P. 1686—1693.
29. Frank C. Weis H. The origins of disquieting discoveries by Melanie Klein: the possible significance of the case of Erna // *The International Journal of Psycho-Analysis.* — 1996. — Vol. 77, part 6. — P. 1101–1126.
30. Goddard A.W., Mason G.F., Almai A. et al. // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 58. – P. 556–561.
31. Hoehn-Saric, M.D., McLeod, D. R., Funderburk, F. Kowalski, P. (2004). Somatic symptoms and physiologic responses in generalized anxiety disorder and panic disorder. An ambulatory monitor study. *Archives of General Psychiatry*, 61, 913-921.
32. Holaway, R. M., Rodebaugh, T. L., Heimberg, R. G. (2006). The epidemiology of worry and generalized anxiety disorder. In G.C.L.Davey, A. Wells (Egs.), *Worry and its psychological disorder: Theory, assessment and treatment* (pp. 3-20). Chichester: Wiley.
33. Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A. *Synopsis of Psychiatry.* — 1994. — P. 911–912.
34. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in United States: results from the National Comorbidity Survey // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 1994. — Vol. 51. — P. 8–19.
35. Kessler, R. C., Chiu W. T et al The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and ago-rapobia in the National Comorbidity Survey Replication / *Arch. Gen. Psychiatry.* 2006. - Apr. - Vol. 63 (4). - P. 415—424.
36. Koefoed P, Woldbye DP, Hansen TO, Hansen ES, Knudsen GM, Bolwig TG, Rehfeld JF. Gene variations in the cholecystokinin system in patients with panic disorder // *Psychiatr Genet.* 2010 Apr; 20(2):59-64.
37. Langs, G., Quehenberger F., Fabisch K., Klug G., Fabisch H., Zapotoczky H. G. The development of agoraphobia in panic disorder: a predictable process? / *J. Affect. Disord.* 2000. - Vol. 58. - P. 43—50.

38. Lieb R., Becker E., Almaturo C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, (15) 2005, pp. 445-452.
39. Mahler M.S. On human symbiosis and the vicissitudes of individuation // *The Psychological birth of the human infant*. — N.Y., 1975.
40. Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
41. Nutt D.J., Feeney A., Argyropoulos S. Anxiety disorders comorbid with depression: panic disorder and agoraphobia // *Martin Dunitz*. — 2002. — P. 67-78.
42. Nutt D.J., Mazilia A. // *Br. J. Psychiatry*. — 2001. — Vol. 179. — P. 390–397.
43. Raffety B.D., Smith R.E., Ptacek J.T. Facilitating and debilitating trait anxiety, situational anxiety, and coping with an anticipated stressor: a process analysis // *Pers. Soc. Psychol.* — 1997. — Vol. 72 (4). — P. 892–906.
44. Romera I, Fernandez-Perez S, Montego BL, Caballero L, Arbesu JB, Delgado-Cohen H. Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder, in primary care: prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status. *J Affect Disord* 2010;127:160e8.
45. Rosellini, A. J., Lawrence A. E., Meyer J. F., Brown T. A. The effects of extraverted temperament on agoraphobia in panic disorder / *J. Abnorm. Psychol.* 2010. - May. - Vol. 119 (2). - P. 420—426.
46. Roy-Byrne, P. P., Craske G., Stein M. / *Panic disorder // The Lancet.* 2006. - Vol. 368, № 9540. - P. 1023—1032.
47. Tiihonen J., Kulkka J., Rasanen P. et al. // *Mol. Psychiatry*. — 1997. — Vol. 6. — P. 463–471.
48. Turk C. L., Heimberg R. G., Luterek J. A., Mennin D. S., Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: a comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 89-106.
49. Walley E. J., Beebe D. K., Clark J. L. Management of common anxiety disorders // *Am Fam Physician*. — 1994. — Vol. 50. — P. 1745–1753.
50. Wittchen H-U. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. - *Depress. Anxiety*, 2002; 16: 162-171.
51. Wittchen H-U., Kessler RC., Beesdo K., Krause P., Hofler M., Hoyer J. Generalized anxiety disorder and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J. Clin. Psychiatry* 2002, 63 (suppl.8), p. 24-34.

52. Yonkers K. A., Dyck I. R., Warshaw M. G. Keller M. B. (2000). Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 176, 544-549.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление

ИТТ – интегративны тест тревожности

МКБ – международная классификация болезней

УСК – методика для определения уровня субъективного контроля личности

BAI (The Beck Anxiety Inventory) – Шкала тревоги Бека

COPE (Coping) – методика совладающего поведения

DSM – diagnostic and statistic manual of mental disorders – диагностическое руководство психических расстройств

HARS (The Hamilton Anxiety Rating Scale) – Шкала тревоги Гамильтона

ИП (Inventory of Interpersonal Problems) – Опросник для исследования межличностных проблем

ISTA (ch Struktur Test nach G. Ammon) – Методика «Я-структурный тест» Г. Аммона , И. Бурбиль

LSI (Life style index) – методика «Индекс жизненного стиля»

MDMQ (Melbourne decision making questionnaire) – Мельбурнский опросник принятия решений

MMPI (Minnesota Multihasic Personality Inventory) – Стандартизованный клинический личностный опросник

MPS (Multidimensional perfectionism scale) – Многомерная шкала перфекционизма

SCL-90-R ((Symptom Check List-90- Revised) – Опросник выраженности психопатологической симптоматики

ShARS (Sheehan Anxiety Scale) – шкала тревоги Шихана

STAI (State-Trait Anxiety Inventory) – Шкала тревоги Спилбергера