

# Настанова 00729.

## Тривожний розлад (вибрані положення)

### Основні положення

- Тривога – це нормальний емоційний стан, що надає захист від небезпечних ситуацій.
- Тривожний розлад означає стан, коли тривога є інтенсивною, тривалою та обмежує як психологічні, так і соціальні функції.
- У випадку хронічної або інтенсивної тривоги потрібно оцінити природу та вихідні чинники цього стану. Послідовне вивчення проблем пацієнтів, когнітивна реконструкція причинно-наслідкових зв'язків та аналіз емоцій пацієнта є елементами стратегії оцінки та лікування тривоги.
- Може бути показаний тимчасовий прийом препаратів, якщо тривога спричиняє непрацездатність. В той же час, довготривала фармакотерапія може виявитись необхідною у випадку тяжкої хронічної тривоги.
- Дисоціація часто пов'язана з психічною травматизацією. Вона може проявлятися психічними та соматичними симптомами. Дисоціація пов'язана з порушенням інтеграції свідомості, пам'яті, ідентичності та сприйняття.

### Поширеність

- Тривога є одним з найрозповсюдженіших психічних розладів.
- Двадцять п'ять відсотків населення страждають від тривоги на певному етапі життя, жінки частіше за чоловіків.

### Патогенез

- Пацієнт часто відчуває тривогу в щоденних ситуаціях, причому тривога часто пов'язана з турботами щодо звичайних буденних справ.
- Довготривала тривога може приводити до вторинного уникання чи пристосування за допомогою механізмів психологічного захисту або поведінки. Тривога та її можливі причини, в тому числі нещастя і негаразди, можуть залишатися непоміченими або підсвідомими.
- Не завжди легко віддиференціювати фізіологічну тривогу від патологічної. Важливим критерієм є те, чи пацієнт зберігає здатність нормально працювати та функціонувати.

### Симптоми

- Постійний стан тривоги або пароксизмальна тривога, пов'язана з певними ситуаціями.
- Страх, важкість концентрації, рухове занепокоєння, утруднене засинання.
- Типовими є периферичні соматичні симптоми: серцебиття, тремор, запаморочення, пітливість, нудота, відчуття задухи, часте сечовипускання, абдомінальні симптоми, тремтіння голосу та багрянець.
- Тривала нервозність, болі у м'язах, напруження шиї та спини, головний біль, відчуття грудки в горлі, втомлюваність.

### Основні принципи лікування тривожного розладу

- Спочатку потрібно визначити природу розладу. Лікування базується на розпізнаванні симптомів, встановленні правильного діагнозу, підвищенні обізнаності пацієнтів, роз'ясненні його/її ситуації та емоцій, а також полегшенні його/її поточної ситуації.
- Потрібно оцінити всі основні фактори та потребу в медикаментозному лікуванні.
- Існують відмінності у фармакотерапії генералізованого тривожного розладу, панічного розладу, обсесивно-компульсивного розладу, соціофобії та змішаного тривожно-депресивного розладу. У випадку тяжкої хронічної тривоги показана довготривала фармакотерапія, наприклад, антидепресантами. СИЗС (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну) та ІЗСН (інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну: дулоксетин, мілнаципран, венлафаксин) зазвичай є препаратами вибору.

**Коментар експерта.** Лікарський засіб Мілнаципран станом на 15.02.2019 не зареєстрований в Україні

- Потрібно уникати довготривалого призначення бензодіазепінів.
- У багатьох випадках може виявитись корисною когнітивна психотерапія.

### Найбільш поширені тривожні розлади

#### Панічний розлад

##### Мета

- Панічний розлад варто запідозрити у пацієнта з надмірною тривогою і депресією.
- Потрібно обирати лікування, що призведе до максимально позитивного результату. Слід пам'ятати, що у таких пацієнтів часто наявні супутні: депресія, ризик самогубства та зловживання алкоголем.

##### Епідеміологія

- На панічний розлад, за оцінками, страждає 3(-4) % населення.
- Він часто поєднується з агорафобією, тобто страхом публічних місць.
- Панічний розлад вдвічі частіше зустрічається серед жінок, ніж серед чоловіків.
- Зазвичай, атаки вперше з'являються у підлітковому та ранньому дорослому віці, але в деяких випадках вони починаються в дитинстві.
- Близько третини пацієнтів можливо реабілітувати, але рецидиви звичні: 40–50 % пацієнтів будуть мати деякі залишкові симптоми.
- Близько у 20 % розлад стає хронічним.
- Двадцять п'ять відсотків дорослих пацієнтів з панічним розладом страждали на шкільну фобію в дитинстві.

**Симптоми**

- Рецидивні та непередбачувані атаки тривають чотири місяці або довше.
- Ці напади не обмежуються певною ситуацією або переліком обставин.
- Не можна виявити жодного органічного фактора, що міг би викликати атаки.
- Напад паніки досягає свого піку за 10 хвилин.
- Впродовж однієї атаки мають проявитися не менш ніж чотири з наступних симптомів:
  - відчуття нестачі повітря або задухи;
  - відчуття запаморочення, хиткості або млявості;
  - відчуття миготіння чи прискореного серцебиття;
  - тремтіння або дрижання;
  - потовиділення;
  - нудота або неприємні відчуття в животі;
  - деперсоналізація або дереалізація;
  - парестезії, відчуття оніміння або поколювання;
  - припливи тепла/холоду;
  - біль або дискомфорт у грудях;
  - страх смерті;
  - страх втратити контроль чи збожеволіти.

**Диференційний діагноз**

- Інші психічні захворювання
  - Фобії, тривога, депресивні розлади
- Серцево-судинні захворювання
  - Анемія, тахіаритмія, стенокардія
- Гормональні причини
  - Гіпертиреоз, гіперглікемія, менопауза
- Причини з боку дихальної системи
  - Астма, гіпервентиляція, емболія легеневої артерії, набряк легень
- Неврологічні захворювання
  - Порушення мозкового кровообігу, епілепсія
- Синдром відміни
  - Алкоголь, кофеїн, амфетамін
- Передозування симпатоміметиків у випадку лікування астми може спровокувати панічну атаку.
  - Феохромцитома: для атак характерні почервоніння, серцебиття та суттєве підвищення артеріального тиску

**Дослідження**

- Фізикальне обстеження.
- ЕКГ.
- Концентрація ТТГ в плазмі крові.
- Інші дослідження або консультація невролога за потребою
  - Показники крові, глюкоза крові, кальцій плазми крові

**Принципи лікування**

- Потрібно оцінити ризик самогубства та пам'ятати про нього.
- У багатьох випадках лікування складається з комбінації фармакотерапії та психотерапії.
  - Комбінація антидепресанта з експозиційною терапією є більш ефективною, ніж інші методи короткотривалого лікування

для пацієнтів, у яких панічний розлад пов'язаний з уникненням агорафобії.

- Важливо, щоб лікар забезпечував атмосферу підтримки та заохочення. Потрібно проаналізувати проблему разом із пацієнтом та пояснити нешкідливий характер фізичних симптомів.
- Якщо зловживання алкоголем також є проблемою, потрібно спробувати його вилікувати, наприклад, за допомогою короткого втручання. Алкоголь погіршує симптоми панічного розладу.

**Фармакотерапія**

- Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС)
  - Препарати вибору; ефективні та безпечні. Відповідь на лікування отримується через 3–6 тижнів.
  - Препаратами першої лінії в цій групі є циталопрам, есциталопрам, пароксетин та сертралін. Також можна використовувати флуоксетин та флуоксамін.
  - Препарати призначаються так само, як і при депресії, але стартова доза має бути вдвічі меншою (напр., циталопрам у дозі 10 мг раз на день), оскільки пацієнти з панічними розладами на початку лікування можуть бути чутливими до можливої активуючої дії.
  - У випадку персистуючого перебігу можна розглянути профілактичне лікування впродовж, наприклад, більше 12 місяців.
- Венлафаксин
  - Початкова доза 37,5 мг
  - Підтримувальна доза 75–225 мг
- Бензодіазепіни
  - Бензодіазепіни (напр., алпразолам, клоназепам) можуть призначатись на короткий термін в особливих ситуаціях, напр., у початковій фазі лікування, але потрібно уникати довготривалого призначення та високих доз бензодіазепінів.
- Тривалість фармакотерапії
  - Терапевтичні дози впродовж 8–12 місяців
  - Рецидивні панічні атаки лікуються так само, як і рецидивна депресія.

**Психотерапія**

- Короткотривала когнітивна психотерапія, як індивідуальна, так і групова, показала свою ефективність.
- Експозиційна терапія.
- Символдрама (катативно-імагінативна психотерапія).
- Групові обговорення та релаксація.

**Соціальні фобії**

- Характерною рисою є виражена тривога та пов'язана з нею уникаюча поведінка в соціальних ситуаціях.
- Передбачувана поширеність складає 3–8% загальної популяції.
- Фобія часто пов'язана з:
  - публічним вживанням їжі або напоїв;
  - спілкуванням з представниками влади або незнайомцями;
  - публічними промовами чи виступами;
  - працею під спостереженням;
  - відвідуванням суспільних подій.

**Диференційний діагноз**

- Панічний розлад
  - Агорафобія
- Тривожний (унікаючий) розлад особистості

**Фармакотерапія**

- СИЗС та венлафаксин є препаратами вибору.
- Також можна застосовувати інгібітори МАО, такі як моклобемід.

**Коментар експерта.** Лікарський засіб Моклобемід станом на 15.02.2019 в Україні не зареєстрований

- У випадках специфічного ситуативного стресу можна спробувати призначення бета-блокаторів.
- У разі потреби можна використовувати бензодіазепіни для контролю важких симптомів, за умов адекватного моніторингу фармакотерапії.

**Психотерапія**

- Когнітивна психотерапія

**Генералізований тривожний розлад**

- Поширеність впродовж життя становить 4–7 %, але лише 20–30 % пацієнтів отримують адекватне лікування.
- Симптоми включають постійну надмірну тривогу, стрес та побоювання через щоденні справи та майбутнє. Тривога важко піддається контролю.
  - У пацієнта часто також присутні внутрішня напруга, безсоння, труднощі концентрації та напруження м'язів.
  - Тривога не обмежується якимись певними обставинами та не є епізодичною.
  - Генералізований тривожний розлад часто спостерігається у поєднанні з іншими психічними захворюваннями.

**Диференційний діагноз**

- Багато соматичних захворювань можуть нагадувати тривогу та навпаки (напр., анемія, захворювання серця, хронічна тромбоемболія легеневої артерії, астма, гіпертиреоз та інші ендокринні розлади, інфекції тощо).
- Деякі препарати та токсичні сполуки можуть викликати тривогу (симпатоміметики, кофеїн, заборонені наркотич-

ні засоби, симптоми відміни алкоголю та седативних препаратів).

- Інші тривожні розлади та депресія
  - Ці розлади часто виникають одночасно.
  - Потрібно диференціювати звичайне занепокоєння від тривоги, що призводить до порушення працездатності.

**Фармакотерапія**

- Генералізований тривожний розлад є хронічним станом, що порушує функціональні можливості пацієнта, і фармакотерапія часто є показаною. Потрібно визначити фактори, що лежать в основі (стрес, надмірне споживання лікарських засобів або кави тощо).
  - СИЗС та ІЗЗСН (інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну; дулоксетин, мілнаципран, венлафаксин) є препаратами вибору та набагато ефективніші за бензодіазепіни у випадку довготривалого лікування тривоги.
  - Найпоширенішими побічними ефектами бензодіазепінів є седатія, погіршення психомоторних функцій та транзиторні порушення пам'яті.
  - Похідні бензодіазепінів можна призначити після початку прийому антидепресантів, використовуючи найменшу з можливих доз впродовж короткого терміну (4–6 тижнів). Бензодіазепіни потрібно відмінити надзвичайно обережно, щоб знизити частоту можливих побічних ефектів.
  - Бупірон є похідним азапірону. Як і в антидепресантів, його терапевтична дія з'являється через 1–3 тижні після початку лікування. Він показаний при хронічних тривожних станах, коли негайне полегшення симптомів не є необхідністю. Після відміни препарату не спостерігалось синдрому відміни, також не спостерігалось впливу на психомоторну та когнітивну функції.
  - Прегабалін також можна застосовувати у випадку генералізованого тривожного розладу.

**Прості фобії (специфічні фобії)**

- Найчастіше тригерами є висота, темрява, закриті приміщення, змії та комахи.
- Роль фармакотерапії менш важлива, ніж у випадку лікування інших тривожних розладів.
- Якщо пацієнт мотивований, можна призначити експозиційну терапію.