

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания.....	4
Список сокращений и условных обозначений.....	7
Глава 1. Деменция (F0)	9
Глава 2. Шизофрения (F20)	25
Глава 3. Шизотипическое расстройство (F21)	31
Глава 4. Расстройства аутистического спектра (F84)	38
Глава 5. Шизоаффективное расстройство (F25)	47
Глава 6. Биполярное аффективное расстройство (F31).....	57
Глава 7. Депрессивный эпизод (F32). Рекуррентное депрессивное расстройство (F33) ..	67
Глава 8. Терапевтически резистентные депрессии	76
Глава 9. Органические аффективные расстройства у больных эпилепсией	83
Глава 10. Тревожно-фобические расстройства (F40).....	90
Глава 11. Паническое расстройство (F41)	101
Глава 12. Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	117
Глава 13. Обсессивно-компульсивное расстройство (F42)	131
Глава 14. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43)	144
Глава 15. Соматоформные расстройства (F45)	168
Глава 16. Расстройства пищевого поведения (F50)	180
Глава 17. Расстройства зрелой личности (F6)	191
Глава 18. Химические аддикции или расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (F1).....	206
Глава 19. Особенности психофармакотерапии при беременности	254
Глава 20. Психиатрический осмотр взрослых	263
Глава 21. Реабилитация в психиатрии	268
Рекомендуемая литература	293

ГЛАВА 10. ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (F40)

Тревножно-фобические расстройства (ТФР) — группа расстройств, в клинической картине которых преобладает предметная тревога, страх определенных ситуаций или объектов (внешних по отношению к субъекту), не представляющих реальной опасности. В результате больной старается избегать таких ситуаций или вынужден, оказавшись в них, преодолевать чувство страха. Как правило, переживая страх в провоцирующей обстановке, ситуации, пациенты пытаются сопротивляться ему, ослаблять его интенсивность, искать способы борьбы с ним, используя различные приемы и отвлечения.

КОДЫ ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ

МКБ-10	МКБ-11
F40 Тревножно-фобические расстройства. F40.0 Агорафобия. F40.00 Агорафобия без панического расстройства. F40.01 Агорафобия с паническим расстройством. F40.1 Социальные фобии. F40.2 Специфические (изолированные) фобии. F40.8 Другие тревожно-фобические расстройства. F40.8 Фобическое тревожное расстройство неуточненное	6B02 Агорафобия. 6B03 Специфическая фобия. 6B04 Социальное тревожное расстройство. 6B05 Сепарационное тревожное расстройство. 6B0Y Другие уточненные тревожные или связанные со страхом расстройства. 6B0Z Тревожные или связанные со страхом расстройства, неуточненные

ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗА

Диагноз «социальные фобии» должен быть зашифрован следующим образом:

- МКБ-10 — F40.1;
- МКБ-11 — 6B04.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Большинство фобических расстройств, кроме социальных фобий, чаще встречается у женщин. Соотношение женщин и мужчин при агорафобии — 4:1; при социофобии — 1:1. При специфических (изолированных) фобиях 2:1. Распространенность в течение жизни (процент населения) агорафобии — 1,6%; социофобий — 3–13%, специфических (изолированных) фобий — 7,2–11,3%. Фобии сохраняются в течение нескольких лет или даже десятилетий в 10–30% случаев. Распространенность тревожно-фобических расстройств (ТФР) среди населения составляет, по разным исследованиям, от 5 до 12%.



ДИАГНОСТИКА

Критерии	Комментарии
Агорафобия А. Отчетливый и постоянно появляющийся страх по меньшей мере в двух из следующих ситуаций или избегание: • толпы; • публичных мест; • путешествия в одиночку; • передвижения вне дома. Б. С начала заболевания хотя бы в одном случае должны быть представлены одно- временно не менее чем два симптома тревоги в пугающих ситуациях, причем один из них должен относиться к пунктам 1–4 нижеследующего списка. <i>Вегетативные симптомы</i> 1. Сильное или учащенное сердцебиение. 2. Потливость. 3. Дрожание или тремор. 4. Сухость во рту (но не из-за лекарств или обезвоживания). <i>Симптомы, относящиеся к телу</i> 5. Затруднение дыхания. 6. Чувство удушья. 7. Дискомфорт или боли в грудной клетке. 8. Тошнота или неприятное ощущение в животе (например, жжение в желудке). <i>Симптомы, относящиеся к психическому состоянию</i> 9. Чувство головокружения, неустойчивости, обморочности. 10. Чувство, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное «Я» отдалилось либо «по-настоящему находится не здесь» (деперсонализация). 11. Страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти. 12. Страх умереть. <i>Общие симптомы</i> 13. Приливы или чувство озноба. 14. Онемение или ощущение покалывания.	Преобладает страх оказаться в одиночку, без помощи «вне дома». Страх может снижаться в сопровождении близких, но чаще всего высокий уровень напряжения сохраняется. В триггерных ситуациях выраженность фобических переживаний может быть очень интенсивной, вплоть до присоединения панических атак (ПА). Наличие или отсутствие ПР (F41.0) в большинстве случаев агорафобии может быть дополнительно определено с использованием пятого знака: • F40.00 без панического расстройства; • F40.01 с паническим расстройством. Тяжесть в F40.00 можно оценивать указанием на степень избегания пугающих ситуаций, принимая во внимание специфические культуральные условия. Тяжесть в F40.01 может оцениваться путем подсчета приступов паники. Вегетативные проявления при фобическом страхе полиморфны и вариабельны. Наиболее частыми являются жалобы на сердцебиение, дрожь, мышечное напряжение, чувство нехватки воздуха, чувство головокружения, «предобморочное состояние». Степень декомпенсации и нарушения в социальном функционировании во многом зависят как от частоты столкновения с фобическими ситуациями, так и от степени выраженности ограничительного (избегающего) поведения. Фобические переживания и клинические симптомы могут возникать не только непосредственно в самой фобической ситуации, но и в представлении («предвкушении») больного о ней. Необходимо исключить другие причины, дающие схожую клиническую симптоматику

Критерии	Комментарии
В. Значительный эмоциональный дистресс из-за стремления избежать ситуации или симптомов тревоги, при этом больной осознает, что они чрезмерны либо необоснованны. Г. Появление симптомов тревоги только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх, либо при мыслях о них. Д. Наиболее часто употребляемые критерии исключения. Страх или избегание ситуаций (критерий А) не определяется бредом, галлюцинациями либо другими расстройствами, такими как органическое психическое расстройство (F00–F09), шизофрения и связанные с ней расстройства (F20–F29), аффективные расстройства (F30–F39) или ОКР (F42.-), и не вытекают из культуральных верований и традиций	
Социальные фобии А. Должен присутствовать один из следующих признаков: • выраженный страх оказаться в центре внимания или страх повести себя так, что это вызовет смущение либо унижение; • выраженное избегание пребывания в центре внимания или ситуаций, связанных со страхом повести себя так, что это вызовет смущение либо унижение. Б. В то или иное время после начала расстройства должны обнаруживаться минимум два симптома тревоги в пугающих ситуациях, как это определяется критерием Б в F40, а также один из следующих симптомов. 1. Покраснение и «дрожь». 2. Страх рвоты. 3. Позывы или страх мочеиспускания либо дефекации. В. Выраженное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или стремления избежать ситуаций и осознание, что беспокойство чрезмерное либо необоснованное. Г. Появление симптомов тревоги только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх, либо мысли о них. Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы, перечисленные в критериях А и Б, не обусловлены бредом, галлюцинациями или другими расстройствами, такими как органическое психическое расстройство (F00–F09), шизофрения и связанные с ней расстройства (F20–F29), (аффективные) расстройства настроения (F30–F39) или ОКР (F42.-), и не являются вторичными по отношению к культуральным верованиям и традициям	Выраженный страх одной или нескольких ситуаций, связанных с действиями в присутствии других людей, и/или страх предполагаемой негативной оценки (критики, насмешки) со стороны других в относительно малых группах (не в толпе). Страхи проявляются в социальных ситуациях, таких как прием пищи или общение в общественных местах, случайная встреча знакомых на публике, пребывание в небольших группах (например, на вечеринках, собраниях, в классной комнате). Вегетативные симптомы в триггерных ситуациях полиморфны и очень вариабельны. Особый дискомфорт часто вызывают у больного «компрометирующие симптомы» — те вегетативные проявления, которые заметны окружающим (покраснение лица, тремор рук, урчание в животе и пр.). При их возникновении социофобические переживания и страх негативной оценки значительно усиливаются. Степень декомпенсации и нарушения социального функционирования во многом зависят от частоты встречаемости фобической ситуации, выраженности ограничительного поведения и широты распространенности фобических переживаний. При генерализованных социофобиях, при которых страх вызывают множество вариантов социального взаимодействия, степень декомпенсации значительно больше, чем при изолированных, когда триггерной ситуации легче избежать. Фобические переживания и клинические симптомы могут возникать не только непосредственно в самой фобической ситуации, но и в представлении («предвкушении») больного о ней. Необходимо исключить другие причины, дающие схожую клиническую симптоматику.

Критерии	Комментарии
Специфические (изолированные) фобии А. Любой из следующих признаков: • выраженный страх специфических предметов или ситуаций, не относящихся к агорафобии (F40.0) или социальной фобии (F40.1); • выраженное избегание специфических предметов или ситуаций, не относящихся к агорафобии (F40.0) или социальной фобии (F40.1). Среди наиболее обычных — страх животных, птиц, насекомых, высоты, грома, полета, маленьких замкнутых пространств, вида крови или ран, инъекций, стоматологов, больниц. Б. Симптомы тревоги в пугающих ситуациях, как они определены критерием Б в F40.0, должны проявляться в то или иное время с начала заболевания. В. Значительное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или из-за стремления избежать ситуаций и осознание, что они чрезмерны или необоснованны. Г. Появление симптомов тревоги только в ситуациях, вызывающих страх, или при мыслях о них	Иррациональный неконтролируемый страх или устойчивое переживание излишней тревоги в определенных ситуациях либо в присутствии (ожидании) некоего известного объекта, характерными чертами также являются предметность, направленность страха на тот или иной объект, его сюжетность и фабулированность. При желании специфические фобии могут быть подразделены следующим образом: • боязнь животных (например, страх насекомых, собак); • боязнь естественных природных сил (например, страх ураганов, воды); • боязнь крови, инъекций, травм; • боязнь ситуаций (например, страх лифтов, туннелей); • другой тип фобий. Фобические переживания и клинические симптомы могут возникать не только непосредственно в самой фобической ситуации, но и в представлении («предвкушении») больного о ней. Степень декомпенсации и нарушение социального функционирования зависят преимущественно от частоты встречаемости фобической ситуации, возможности больному избежать ее и выраженности ограничительного поведения

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

Клиническая диагностика

Основные жалобы: тревога, фобии, страх смерти (танатофобия), страх остановки сердца, страх инсульта, страх конкретного заболевания, страх сойти с ума (потерять контроль над собой), страх открытых пространств, страх оказаться в беспомощном состоянии, страх в социальных ситуациях, страх межличностного общения, страх внимания со стороны окружающих, изолированные страхи в конкретных ситуациях, соматовегетативные нарушения, ограничительное (избегающее) поведение.

- При опросе пациентов с жалобами на тревогу, страхи рекомендуется обратить внимание на связь приступов тревоги с конкретными ситуациями, не вызывающими реальной опасности с целью верификации диагноза.
- При анализе жалоб пациентов с тревогой и страхом, связанными с конкретными объектами или ситуациями, рекомендуется выделить жалобы, относящиеся к вегетативным проявлениям, сопровождающие приступы страха в целях оценки состояния и подбора терапии.

- При сборе анамнеза у пациентов с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями рекомендуется установить наличие ограничительного и избегающего поведения, связанного с конкретными страхами с целью верификации диагноза, оценки тяжести состояния и определения стратегии терапии.
- При сборе анамнеза необходимо оценить суицидальный риск с целью дифференциальной диагностики состояния, определения вида и объема психиатрической помощи.
- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, физикальное обследование рекомендуется начать с наружного осмотра, измерения роста, массы тела, уровня физического развития, целостности кожных покровов пациента с целью исключения соматических заболеваний, выявления следов самоповреждающего поведения, оценки соматического статуса.
- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, рекомендуется провести пальпацию щитовидной железы для исключения ее патологии.
- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, рекомендуется измерить пульс и АД лежа (после отдыха 5 мин) и стоя (через 3 мин после вставания) с целью оценки вегетативных проявлений и соматического статуса.

Лабораторная и инструментальная диагностика

На текущий момент не существует каких-либо лабораторных и инструментальных методов диагностики ТФР. Основная цель данных обследований — исключение соматических заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ТФР.

Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, рекомендуется провести:

- общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, анализ мочи общий для исключения соматической патологии и для оценки рисков развития побочных эффектов при приеме психофармакологической терапии;
- анализ крови для оценки функции щитовидной железы: исследование уровня общего T_3 сыворотки крови, уровня свободного T_3 сыворотки крови, уровня общего T_4 сыворотки крови, уровня свободного T_4 сыворотки крови, уровня тиреотропного гормона в крови для исключения патологии щитовидной железы;
- ЭЭГ для оценки биоэлектрических потенциалов головного мозга и исключения пароксизмальных состояний;
- транскраниальное дуплексное сканирование артерий и вен для исключения сосудистой патологии при наличии показаний;
- МРТ головного мозга для исключения органического поражения головного мозга при наличии показаний.

Экспериментально-психологическая диагностика

Пациентам с ТФР рекомендуется использование психометрических шкал и симптоматических опросников для оценки уровня тревоги и ее динамики:

Шкала тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale — HARS); для оценки выраженности клинических проявлений могут применяться Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90 — SCL-90); Интегративный тест тревожности и др.

Приведенные методики являются психометрическими и/или симптоматическими опросниками, которые позволяют объективно оценить характер и выраженность клинической симптоматики, ее динамику, эффект от проводимого лечения. Более полно психологическая диагностика может проводиться клиническим психологом в зависимости от конкретных диагностических задач или для определения мишеней психотерапевтического воздействия. Лечащим врачом назначается проведение экспериментально-психологического обследования. Выбор методик для проведения экспериментально-психологической диагностики пациента осуществляется индивидуально. Могут применяться различные шкалы, прошедшие адаптацию и валидизацию, в зависимости от целей исследования.

Дифференциальная диагностика

ТФР рекомендовано дифференцировать от следующих расстройств:

- обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР);
- посттравматического стрессового расстройства (ПТСР);
- генерализованного тревожного расстройства (ГТР);
- ипохондрического расстройства;
- аффективных расстройств настроения (эндогенная депрессия, РДР, биполярное расстройство, дистимия);
- соматоформных расстройств;
- шизофрении (приступообразной-прогредиентной, вялотекущей), шизотипического расстройства;
- расстройства личности (истерического, ананкастного, тревожного, эмоционально-лабильного);
- эпилепсии;
- резидуально-органических заболеваний головного мозга;
- органических заболеваний головного мозга;
- гипоталамического расстройства.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

В клинической картине ТФР 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.

Характеристика фобической тревоги:

- 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 антиципационную тревогу.

Агорафобия

Это довольно хорошо очерченная группа фобий, включающая боязнь остаться без какой-либо помощи вне дома, в толпе, общественных местах, в одиночестве, при переездах, в метро, поездах, автобусе, самолете, на мостах и др. Несмотря на то что интенсивность тревоги и выраженность избегающего поведения различны, это наиболее дезадаптирующее из фобических расстройств, приковывающее некоторых пациентов к дому, поскольку они подчас не могут выходить на улицу из-за страхов. В некоторых случаях им это удается в сопровождении близких, которых они считают надежными в ситуации, когда может понадобиться помощь. У людей с преобладанием истероидного радикала в личностной организации симптоматика может носить демонстративный, манипулятивный характер, что заставляет окружающих выполнять желания и капризы пациента.

При агорафобии тревога ограничена следующими ситуациями:

- толпой;
- общественными местами;
- передвижениями вне дома;
- путешествием 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 компромиссное поведение, например при необходимости передвижения выбирает не общественный транспорт, а такси, при страхе общественных мест стремится покупать продукты не в больших супермаркетах, а в маленьких магазинах.

Социальная фобия

Страх внимания, негативной оценки со стороны других людей в большинстве случаев носит иррациональный характер и формируется часто в подростковом возрасте, когда негативная обратная связь и комментарии со стороны окружающих воспринимаются особенно остро. Пациент боится в случае попадания в центр внимания негативной реакции со стороны окружающих и фиксирован на этом. Даже в ситуациях, когда другие люди объективно не обращают на него внимания, ему кажется, что взгляды прикованы к нему и оценка его поведения или внешности исключительно негативная, презрительная либо насмешливая.

Данное расстройство одинаково часто возникает у мужчин и 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 (что может формировать специфический страх покраснения на публике — эреитофобию), шеи, дрожание рук, голоса, потливость, ощущение дурноты, головокружение. Пациенту кажется, что окружающие в подробностях замечают и негативно оценивают все его сомато-вегетативные проявления тревоги, и это усиливает беспокойство, возникает замкнутый круг. Среди симптомов также отмечаются урчание в животе, тошнота, страх рвоты, позывы или страх мочеиспускания либо дефекации.

Страх может быть изолированным (например, только страх приема пищи в присутствии других людей, публичных выступлений, встреч с определенным кругом знакомых) или генерализованным, 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, либо при мыслях о них. Перед триггерной ситуацией, социальным взаимодействием пациенты с социальной фобией представляют в деталях все то, что, как им кажется, может произойти. Вслед за этим возникает тревога, их сознание переполняется образами прошлых неудач, негативными представлениями о себе, предчувствиями о возможных провалах и отвержениях. Подобные размышления приводят к избеганию ситуации межперсонального взаимодействия. Если же социальное событие все же произошло, пациенты с социальной фобией анализируют его малейшие детали, акцентируясь на тех, которые подтверждают негативную схему, таким образом, событие всегда воспринимается более негативно, чем оно было на самом деле.

Обычно формированию социальной фобии предшествуют низкий уровень социальных навыков, заниженная самооценка и боязнь критики. В анамнезе у таких пациентов нередко можно встретить неудачный опыт взаимоотношений в школьном коллективе, отвержение сверстниками, издевки со стороны педагогов. В родительских семьях также отношение к ребенку способствует формированию заниженных представлений о себе.

Специфические (изолированные) фобии

Психопатологические расстройства, характеризующиеся наличием страха относительно определенного объекта или действия. Часто страх ассоциирован с конкретным объектом, являвшимся причиной реальной или воображаемой опасности в прошлом.

Роль пускового механизма при специфической фобии выполняет изолированная ситуация, попадание в нее может вызвать ужас, панику, как при агорафобии 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, при этом присутствуют критичность, понимание, что фобические переживания чрезмерны либо 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, насекомого) и страх определенной ситуации (например, высоты, грома, темноты, закрытого пространства, рвоты, 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, страх заболеть, чаще всего это лучевая болезнь, онкологическое заболевание, венерические инфекции, остановка сердца, синдром приобретенного иммунодефицита, гепатит С и др.



ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Данные современных научных исследований показывают приоритет применения постепенной эффективности психотерапии при лечении ТФР. Исследования подтверждают эффективность как психотерапии (когнитивно-поведенческой, динамической, релаксационной и др.), так и психофармакотерапии (препараты групп СИОЗС, бензодиазепиновых и небензодиазепиновых анксиолитиков, атипичных нейролептиков и др.).

Комментарий. В отношении ТФР исследований эффективности фармакологических препаратов меньше, чем в отношении ПР и ГТР. Имеются исследования, показывающие эффективность сочетанного применения психо- и фармакотерапии. Выбор стратегии терапии и соотношение психофармако- и психотерапии зависят от проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, установок и ожидания пациента, актуальных ресурсов и организационных возможностей и должен гибко оцениваться с учетом персонализированного подхода в каждом конкретном случае.

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

- Пациентам с ТФР рекомендуется назначать антидепрессанты из различных групп, в частности СИОЗС: пароксетин по 0–50 мг/сут, эсциталопрам по 10–20 мг/сут; СИОЗСН: венлафаксин по 75–225 мг/сут, флувоксамин по 100–300 мг/сут, мirtазапин по 15–30 мг/сут, тразодон по 50–300 мг/сут, агомелатин по 0–100 мг/сут с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний.

Комментарий. Терапия этими препаратами начинается с минимальных доз и постепенно титруется до терапевтических; анксиолитический эффект антидепрессантов развивается индивидуально в течение 2–8 нед. Поэтому на первом этапе лечения целесообразно применять комбинацию с бензодиазепинами, особенно при выраженной интенсивности фобических переживаний.

- Пациентам с ТФР рекомендуется назначать бензодиазепиновые транквилизаторы: клоназепам по 0,5–3 мг/сут, алпразолам по 0,25–10 мг/сут с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний.

Комментарий. Эти препараты назначаются коротким курсом и могут быть препаратами первой линии в случаях кратковременного дистресса. Преимуществами производных бензодиазепаина являются быстрый эффект, хорошая переносимость, широкое терапевтическое окно — безопасность при передозировке. Перед назначением препаратов этой группы должен быть хорошо собран наркологический анамнез. Нецелесообразно их назначать пациентам с зависимостью или риском формирования зависимости от ПАВ. Также не рекомендуется назначать их пожилым пациентам в связи с увеличением риска нарушений координации и падений.

- Пациентам с ТФР с недостаточным ответом на монотерапию рекомендуется назначать антипсихотические препараты с целью снижения интенсивности сенестопатических ощущений, психовегетативных нарушений, ипохондрической фиксации: алимемазин по 10–20 мг/сут, хлорпротиксен по 15–100 мг/сут, сульпирид по 200–400 мг/сут, оланзапин по 2,5–20 мг/сут (адъювантная терапия), арипипразол по 10–15 мг/сут, рисперидон по 0,5–6 мг/сут, кветиапин по 25–300 мг/сут с целью снижения тревоги, интенсивности фобических переживаний и воздействия на когнитивную составляющую тревожных и фобических нарушений.
- Пациентам с ТФР рекомендуется назначать прегабалин по 300–600 мг/сут с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний.
- Пациентам с ТФР рекомендуется назначать противоэпилептические препараты с целью снижения тревоги, интенсивности фобических переживаний.

Комментарий. Имеются исследования, подтверждающие некоторую эффективность габапентина в дозе 900–3600 мг/сут в отношении ТФР.

- Пациентам с ТФР, учитывая отставленный эффект антидепрессантов, для быстрого воздействия на тревожную и фобическую симптоматику рекомендовано применять препараты из группы анксиолитиков (гидроксизин по 25–100 мг/сут, буспирон по 15–60 мг/сут, этифоксин по 150–200 мг/сут).

Комментарий. В научной литературе имеются данные как об эффективности препаратов данной группы, так и о неэффективности в лечении ТФР. В связи с этим целесообразно использовать эти препараты в сочетании с антидепрессантами.

Для пациентов с ТФР, имеющих выраженные клинические проявления и/или частое попадание в фобическую ситуацию, рекомендуемая длительность фармакотерапии — от 6 до 12 мес после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии с целью стабилизации эффекта и профилактики рецидивов. В случаях с редкими фобическими приступами возможно только эпизодическое назначение препаратов, облегчающих преодоление таких ситуаций (например, аэрофобия).

У пациентов с ТФР при применении психотропных препаратов рекомендуется оценивать следующие побочные эффекты психофармакотерапии: седацию, сонливость, заторможенность, задержку мочеиспускания, запоры или поносы, тошноту, головные боли, головокружение, нарушение координации, нарушение концентрации внимания, нарушение памяти, формирование зависимости и толерантности к препаратам и др. в рамках персонализированного подхода с целью снижения вероятности развития побочных эффектов и осложнений от проводимой терапии.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия является доказанным эффективным методом лечения невротических расстройств, в том числе и тревожно-фобических. Надо отметить, что в целом психофармакотерапия дает более быстрое улучшение состояния и тре-

бует меньше усилий пациента, временных и экономических затрат, но симптоматика может возобновляться при отмене медикаментов.

Пациентам с ТФР рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, коррекции иррациональных установок, преодоления ограничительного поведения проведение 10–15 сеансов КПТ. КПТ может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой форме.

Пациентам с ТФР рекомендуется использование **релаксационных методов** для снижения мышечного напряжения, а также проведение **клинико-психологического тренинга и экспозиционных методик с использованием виртуальной реальности**.

Пациентам рекомендуется для преодоления тревожно-фобической симптоматики применение **индивидуальной и групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии** (20–30 сеансов).



РЕАБИЛИТАЦИЯ



ПРОФИЛАКТИКА ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Специфической профилактики ТФР не существует. Профилактика ТФР заключается во внедрении принципов здорового образа жизни, мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья среди населения, ограничение употребления алкоголя и ПАВ, а также информирование населения о признаках ТФР с целью раннего выявления и своевременного обращения за медицинской помощью.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

