

Саратовский государственный  
медицинский университет  
имени В. И. Разумовского

# Современные подходы к терапии невротических расстройств

Подготовила: ассистент кафедры психиатрии, наркологии,  
психотерапии и клинической психологии, Ильина Елена Сергеевна

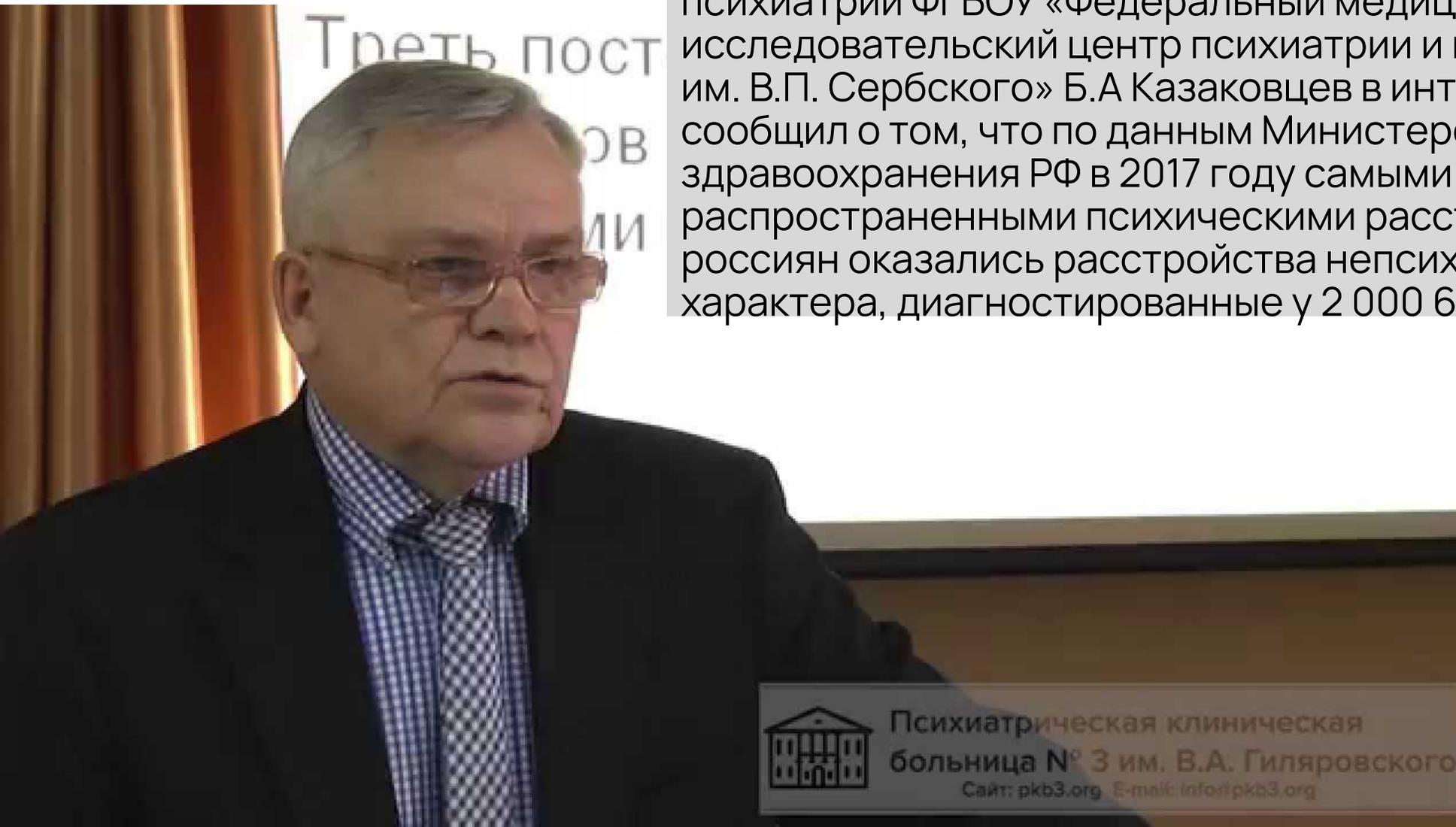
# Статистические данные

- По данным Всемирной организации здравоохранения за 2019 год каждый 10-й житель планеты страдает психическими расстройствами, а каждый четвертый встречается с ними в тот или иной период жизни (Европейская конференция ВОЗ, 2019).
- По официальным статистическим данным в последние годы в России распространенность невротических расстройств составляет 275,6 на 100 000 населения, что несколько ниже распространенности шизофрении (321,6) и органических расстройств непсихотического уровня (650,6) [Казаковцев Б.А., 2019].
- Официально в нашей стране невротическими расстройствами страдает 0,3 % населения.

# Психическое нездоровье - вторая по значимости причина потери трудоспособности в 2025 году







В марте 2019 года руководитель отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии ФГБОУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Б.А Казаковцев в интервью RT сообщил о том, что по данным Министерства здравоохранения РФ в 2017 году самыми распространенными психическими расстройствами у россиян оказались расстройства непсихотического характера, диагностированные у 2 000 647 пациентов.



Психиатрическая клиническая  
больница № 3 им. В.А. Гиляровского  
Сайт: [pkb3.org](http://pkb3.org) E-mail: [info@pkb3.org](mailto:info@pkb3.org)



- В последние десятилетия отмечается повышение внимания к изучению нервно-психических заболеваний. Возрастающее количество стрессовых факторов, характерных для современного общества, экономическая, политическая и социальная нестабильность ведут к изменению значения психологических факторов в деятельности человека, что объясняет наблюдаемые сдвиги в структуре заболеваемости населения: при резком снижении инфекционной патологии относительно увеличивается удельный вес болезней, в возникновении и течении которых существенную роль играют факторы нервно-психического перенапряжения, к числу которых относятся и неврозы.



# Неврозы

- это болезненно переживаемые и сопровождаемые расстройствами в соматической сфере срывы личности в ее общественных взаимоотношениях, вызванные психическими факторами и не обусловленные органическими изменениями, с тенденцией к активной переработке и компенсации» [Гиляровский В.А., 1934]

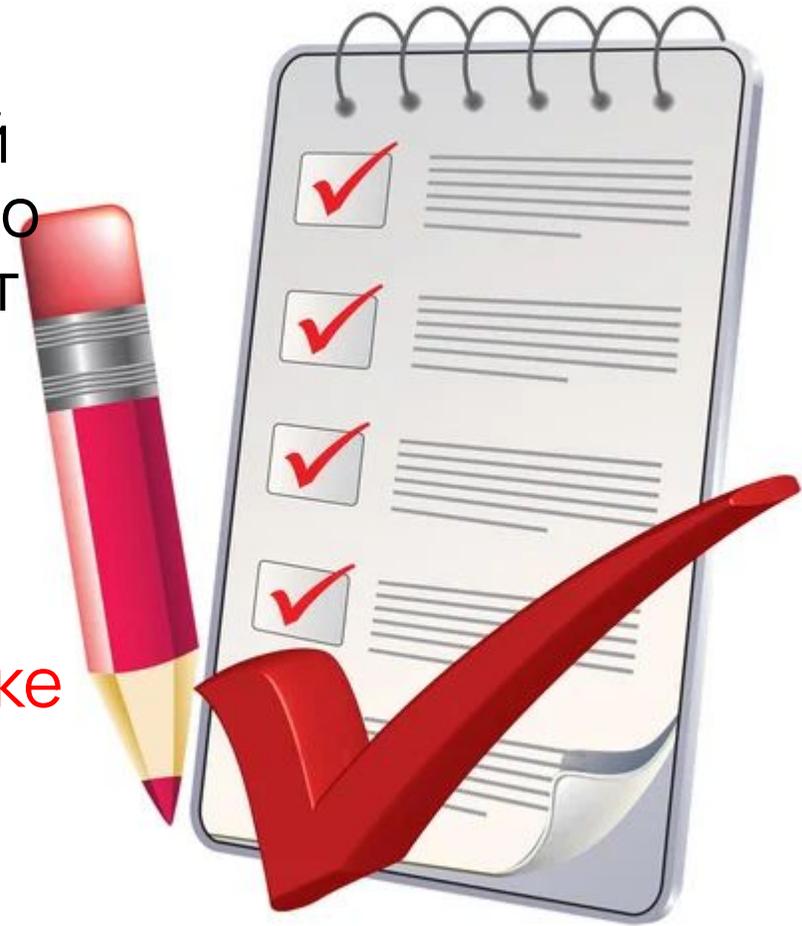
# Критерии выделения неврозов:

- психогенный фактор как причина,
- вегетосоматические проявления,
- личностный характер и тенденция к переработке возникших нарушений в соответствии с социальной значимостью психической травмы

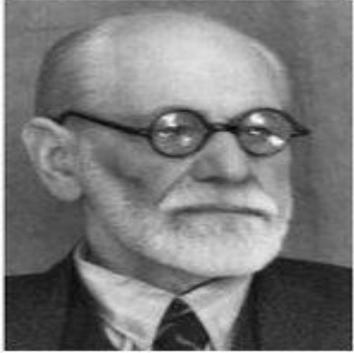
# Критерии выделения невротозов:

В 90-е годы прошлого столетия в отечественной психиатрии преобладали взгляды на природу невротозов классической немецкой психиатрической школы, согласно которым невротоз рассматривали как вариант реактивного состояния, отвечающего критериям К. Ясперса [Власова О.А., 2012]:

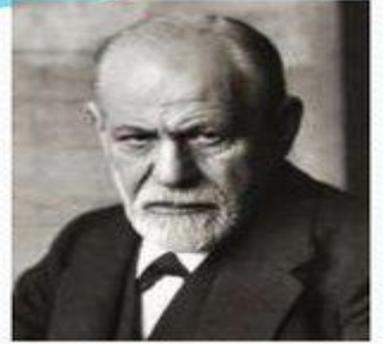
- в основе лежит длительная, эмоционально значимая психологическая травма, подвергаемая психологической переработке с формированием и закреплением патологических форм реагирования;
- психотравмирующее событие «звучит» в переживаниях больного;
- после дезактуализации психологической травмы реактивное состояние проходит.



# Теории невроза



**З.Фрейд:** Невроз - конфликт между требованиями ИНСТИНКТА и внутренним сопротивлением СОЗНАНИЯ против него.



**И.П.Павлов:** Невроз – перевозбуждение, утомление НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.



**П.К.Анохин:** Невроз - несовпадение между намеченной ЦЕЛЬЮ и РЕЗУЛЬТАТОМ действия системы.

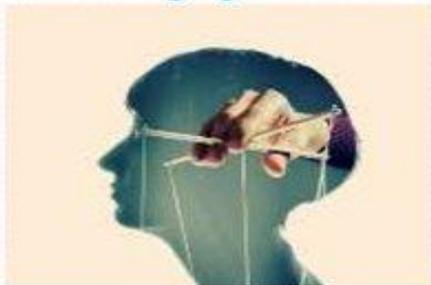


**Ф.Перлз:** Невроз – неразрешенный конфликт между ХОЧУ и НАДО (2 собаки).

**Карен Хорни:** Невроз – это неконструктивно разрешаемое противоречие между ЛИЧНОСТЬЮ и ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ на бессознательном уровне, нарушение отношения к себе и другим людям.



# 5 уровней невроза по Ф. Перлзу



**1. Клише** - уровень фальшивых отношений, игр, ролей, манипуляций. Отказ от реализации своего «Я», поступки согласно ожиданиям окружающих.

**2. Фобическая стадия.** Осознание вранья, но не способность увидеть нормальные последствия. Страх быть собой.



**3. Тупик.** Не в состоянии поддерживать фальшивые отношения, но не может преодолеть страх. Чувство пустоты бытия. Ловушка потерянности. Нет ориентиров.

**4. Имплозия.** Горе, отчаяние, слезы, запои, отвращение к себе. Страх смерти или ощущение отсутствия жизни. Если нет помощи - м б суицид, сумасшествие. Или - дауншифтинг.



# 5 уровней невроза по Ф. Перлзу

**5. Эксплозия (взрыв)** - если помощь выздоровление. Глубокое и интенсивное эмоциональное переживание, приносит облегчение и позволяет сформироваться аутентичной личности, способной к переживанию и выражению эмоций.



**Перлз: 4 типа эксплозии:**



радость,



гнев,



оргазм,



скорбь.

Широкое распространение в определении концепции неврозов получила гипотеза динамики невротических формирований, основанная на этапности их развития [Николаев Е.Л., Суслова Е.С., 2011]:

- невротическая реакция;
- невротическое состояние;
- невротическое развитие личности.



# Факторы, определяющие этиологию и механизмы формирования невротических расстройств

- Генетические – конституциональные особенности психологической склонности к невротическому реагированию и особенности вегетативной нервной системы.
- Факторы, влияющие на формирование невротических расстройств в детском возрасте.
- Факторы окружающей среды (условия жизни, социально обусловленные психогении и др.). Неблагоприятные жизненные события (одна из причин – отсутствие в социальном окружении защитных факторов) увеличивают степень дистресса, но не всегда выступают этиологическими факторами в развитии тяжелых невротических расстройств.

Рубрикация расстройств психической деятельности (невротические, стрессовые и соматофоринные расстройства), которые входят в понятие «Невроз» по ныне действующей классификации МКБ-10:

- */F 40 – F 48/ Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства*
- F 40 Фобические тревожные расстройства;
- F 41 Другие тревожные расстройства;
- F 42 Obsессивно-компульсивное расстройство;
- F 43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации;
- F 44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства;
- F 45 Соматоформные расстройства;
- F 48 Другие невротиические расстройства.

# Изменения в структуре главы V МКБ-10

## Психические расстройства и расстройства поведения

F00-F09 Органические психические расстройства	Другое название
F10-F19 Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	Другое название
F20-F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	Другое название
F30-F39 Расстройства настроения	Другое название
F40-F49 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	Расформирован
F50-F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	Расформирован
F60-F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	Другое название
F70-F79 Умственная отсталость	Объединены
F80-F89 Расстройства психологического развития	
F90-F98 Эмоциональные и поведенческие расстройства с началом, специфичным для детского и подросткового возраста	Устранен
F99 Неуточненные психические расстройства	Устранен

# Психические, поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития

## Глава 6

Содержит 161 категорию (4значные коды), начиная с 6A00

### Определение:

Психические, поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития представляют собой **синдромы**, характеризующиеся клинически значимыми нарушениями в **познавательной сфере, эмоциональной регуляции или поведении человека**, что отражается на **психологическом и биологическом уровнях и на процессе развития** и определяет **психическое и поведенческое функционирование**

# Глава 6 МКБ-11: Перечень расстройств

1. Нарушения нейropsychического развития
2. Шизофрения и другие первичные психотические расстройства
3. Кататония
4. Аффективные расстройства
5. Расстройства, связанные с тревогой и страхом
6. Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства
7. Расстройства, специфически связанные со стрессом
8. Диссоциативные расстройства
9. Расстройства телесных ощущений и переживаний
10. Расстройства питания и пищевого поведения
11. Расстройства естественных отправлений
12. Расстройства вследствие употребления психоактивных веществ и аддиктивного поведения

13. Расстройства контроля побуждений
14. Деструктивные и диссоциальные поведенческие расстройства
15. Расстройства личности
16. Парафилические расстройства
17. Имитированные расстройства
18. Нейрокогнитивные расстройства

19. Психические и поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом
20. Психологические и поведенческие факторы, влияющие на расстройства и заболевания, классифицированные в других главах
21. Вторичные психические и поведенческие нарушения вследствие заболеваний, классифицируемых в других главах

# Раздел 06 Психические и поведенческие расстройства



## МКБ 11

Международная  
классификация  
болезней



## аффективные расстройства



## депрессивные

6A90 Единичный эпизод депрессивного расстройства

6A91 Рекуррентное депрессивное расстройство

6A92 Дистимическое расстройство

6A93 Смешанное депрессивное и тревожное расстройство

6A9Y Другие уточненные депрессивные расстройства

6A9Z Депрессивные расстройства, неуточненные

И здесь, пожалуй, кроме рекуррентного депрессивного расстройства и тяжелого депрессивного эпизода, все может быть симптомом невроза.

А что касается 6A93 - это один из часто встречающихся синдромов при неврозе.



# МКБ 11

Международная  
классификация  
болезней

## 6B00 Симптоматические различия в аффективных эпизодах.

6B00.0 Видимые симптомы беспокойства в аффективных эпизодах

6B00.1 Панические атаки в депрессивных или смешанных эпизодах

6B00.2 Текущий депрессивный эпизод

6B00.3 Текущий депрессивный эпизод с меланхолией

6B00.4 Текущий эпизод перинатальный

6B00.5 Эпизоды с сезонным характером

6B00.6 Быстро сменяющиеся эпизоды

6B00.0, 6B00.1 - невротические синдромы. 6B00.4 - тоже может быть невротическим синдромом, однако требуется диагностика.



# МКБ 11

Международная  
классификация  
болезней

## Тревожные и связанные со страхом расстройства.

- 6B20 Генерализованное тревожное расстройство
- 6B21 Паническое расстройство
- 6B22 Агорафобия
- 6B23 Специфическая фобия
- 6B24 Социальное тревожное расстройство
- 6B25 Разделение тревожного расстройства
- 6B26 Селективный мутизм
- 6B2Y Другие уточненные тревожные и связанные со страхом расстройства
- 6B2Z Тревожные и связанные со страхом расстройства, неуточненные



# МКБ 11

Международная  
классификация  
болезней

- 6B40 Обсессивно-компульсивное расстройство
- 6B41 Дистморфное расстройство тела
- 6B42 Обонятельное расстройство
- 6B42.0 Обонятельное расстройство с наличием критики
- 6B43 Ипохондрии
- 6B44 Патологическое накопительство
- 6B45 Нарушения поведения, связанные с телом
- 6B45.0 Трихотилломания
- 6B45.1 Расстройство сдирания кожи
- 6B45.Y Другие уточненные расстройства поведения, связанные с телом
- 6B45.Z Нарушения поведения, связанные с телом, неуточненные
- 6B4Y Другие уточненные обсессивно-компульсивные или сходные расстройства
- 6B4Z Обсессивно-компульсивные или сходные расстройства, неуточненные



# МКБ 11

Международная  
классификация  
болезней

- Раздел **Расстройства, связанные со стрессом**, в меньшей степени относится к невротическим синдромам, в большей степени это относится к психотравмам. Однако следует разделять психическую травму - событие связанное с реальной угрозой жизни или со смертью, и психологическую травму - как сильное субъективное переживание, например развод супругов, измена и т.д. Психологические травмы в большей степени имеют невротический характер.
- Раздел **Диссоциативные расстройства** - это то, что дедушка Фрейд называл истерией, а советская психиатрия истерическим неврозом или в более тяжелых случаях истерической психопатией.
- Раздел **Расстройства питания и пищевого поведения**. Подробно останавливаться не буду, поскольку этому можно долго уделять внимание отдельно. Важно понимать какого генеза РПП, может быть как невротического, так и других.
- Раздел **Психические и поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом**.

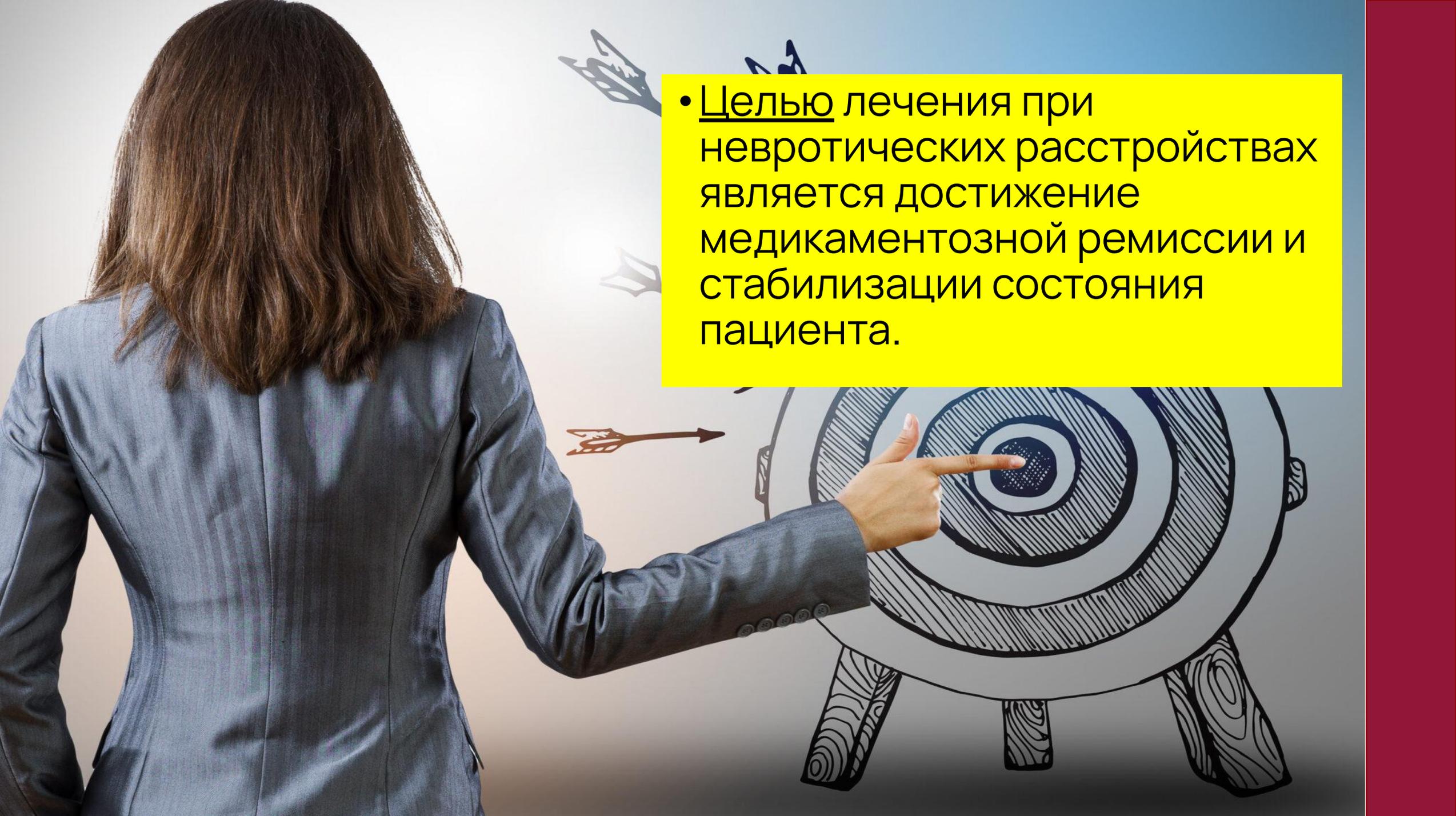
Таким образом, из МКБ окончательно ушло слово невроз, однако как явление невроз продолжает присутствовать, более четко выделен истерический невроз, еще более четко невроз навязчивых состояний, менее четко неврастения, она ушла как самостоятельный диагноз, который был в МКБ-10.

# Индикаторы эффективности лечения невротических расстройств

- Общий балл по шкале депрессии Гамильтона не более 9;
- Общий балл по шкале тревоги Гамильтона не более 18;
- Настроенность больного и / или его семьи на продолжение медикаментозного и немедикаментозного лечения на амбулаторном этапе;
- Отсутствие негативной реакции на необходимость приема психотропных средств.

# Принципы лечения тревожных расстройств невротического уровня

- Принцип этапности, предусматривающий преемственное ведение больных в соответствии с показаниями на амбулаторном и стационарном уровнях.
- Принцип комплексности при реализации психотерапевтических и реабилитационных стратегий.
- Принцип дифференцированности предполагает для каждого конкретного пациента целевое применение терапевтических методов, конгруэнтное основным клиническим проявлениям с этиопатогенетическим соответствием основному характеру нарушений.
- Принцип интегративности представляет собой обоснованное взаимосвязанное использование психотерапевтических методов и приемов, имеющих своей целью более интенсивное воздействие на три компонента психики (когнитивный, эмоциональный и поведенческий) для реконструкции всей системы отношений личности, нарушения которой являются основной для существования и хронизации нарушений.
- Принцип краткосрочности, согласно которому связанные с социально-экономическими переменами изменения медикаментозных, психотерапевтических и реабилитационных стратегий способствуют интенсификации лечения, что отражается, в первую очередь, на количестве госпитализаций и сроках пребывания пациентов в стационаре, приводя к их значительному сокращению.

- 
- A woman with long brown hair, seen from behind, wearing a grey suit jacket. She is pointing her right index finger towards a hand-drawn target with concentric circles and a central bullseye. The target is mounted on a wooden stand with three legs. There are several arrows in the background, some pointing towards the target. A yellow text box is overlaid on the right side of the image.
- Целью лечения при невротических расстройствах является достижение медикаментозной ремиссии и стабилизации состояния пациента.

- В отношении тактики лечения при оценке микросоциальных условий как удовлетворительных и / или при нетяжелом уровне расстройства рекомендуется преимущественно амбулаторное ведение больного, в то время как в случае усложненной клинической картины (за счет коморбидных состояний) и / или неэффективности вмешательства на амбулаторном этапе решается вопрос о стационарировании.



**Основные препараты для медикаментозного лечения невротических расстройств на амбулаторном уровне (официальный сайт Европейского агентства лекарственных средств, клинический протокол диагностики и лечения невротических расстройств, 2015)**

<i>МНН</i>	<i>Терапевтический диапазон</i>	<i>Курс лечения</i>
<u>Дулоксетин</u> (УД – А)	60-120 мг/сутки внутрь	От нескольких месяцев до нескольких лет – до полного купирования невротических проявлений
<u>Агомелатин</u> (УД – А)	25-50мг/сутки внутрь	
<u>Венфлаксин</u> (УД – А)	37,5-200мг/сутки внутрь	
<u>Сертралин</u> (УД – А)	25-100мг/сутки внутрь	
<u>Флувоксамин</u> (УД – А)	50-100 мг/сутки внутрь	
<u>Миртазапин</u> (УД – В)	30-60 мг/сутки внутрь	
<u>Флуоксетин</u> (УД – А)	20-60 мг/сутки внутрь	
<u>Тианептин</u> (УД – В)	до 37,5 мг сутки внутрь	
<u>Этифоксин</u> (УД – А)	до 100мг/сутки внутрь	
<u>Диазепам</u> (УД – А)	до 10мг/сутки внутрь	Не более 7–10 дней (непрерывно)
<u>Феназепам</u> (УД – В)	0,5-1мг/сутки внутрь	
<u>Тофизопам</u> (УД – В)	до 150мг/сутки внутрь	До купирования проявлений тревоги
<u>Клоназепам</u> (УД – А)	2-6 мг/сутки внутрь	
<u>Альпразолам</u> (УД – В)	до 4 мг/сутки внутрь	
<u>Зопиклон</u> (УД – В)	до 15мг/сутки внутрь	

*Примечание: УД – уровень доказательности*

Таблица 2.

*Основные препараты для лечения невротических расстройств на стационарном уровне [Чучалин А.Г., Белоусов Ю.Б., Яснецов В.В., 2009; American psychiatric association., 2010, официальный сайт Европейского агентства лекарственных средств, клинический протокол диагностики и лечения невротических расстройств, 2015]*

<i>МНН</i>	<i>Терапевтический диапазон</i>	<i>Курс лечения</i>
<u>Дулоксетин</u> (УД – А)	60-120 мг/сутки внутрь	В течение стационарного пребывания
<u>Агомелатин</u> (УД – А)	25-50мг/сутки внутрь	
<u>Венлафаксин</u> (УД – А)	75-200мг/сутки внутрь	
<u>Сертралин</u> (УД – А)	50-100мг/сутки внутрь	
<u>Флувоксамин</u> (УД – А)	50-100 мг/сутки внутрь	
<u>Миртазапин</u> (УД – В)	30-60 мг/сутки внутрь	
<u>Флуоксетин</u> (УД – А)	20-60 мг/сутки внутрь	
<u>Тианептин</u> (УД – В)	до 37,5 мг сутки внутрь	
<u>Этифоксин</u> (УД – А)	до 100мг/сутки внутрь	
<u>Диазепам</u> (УД – А)	10-20 мг/сутки внутрь и в/м	Не более 7–10 дней (непрерывно)
<u>Феназепам</u> (УД – В)	0,5-1мг/сутки внутрь	
<u>Тофизопам</u> (УД – В)	до 150мг/сутки внутрь	До купирования проявлений тревоги
<u>Клоназепам</u> (УД – А)	2-6 мг/сутки внутрь	
<u>Альпразолам</u> (УД – В)	до 4 мг/сутки внутрь	
<u>Зопиклон</u> (УД – В)	до 15мг/сутки внутрь	

*Примечание: УД – уровень доказательности*

## *Дополнительные препараты, применяющиеся для лечения невротических расстройств на амбулаторном этапе*

<i>МНН</i>	<i>Терапевтический диапазон</i>	<i>Курс лечения</i>
<u>Хлорпротиксен</u> (УД – В)	50 – 100 мг/сутки внутрь	До исчезновения поведенческих нарушений
<u>Тиоридазин</u> (УД – В)	50 – 100 мг/сутки внутрь	
<u>Сульпирид</u> (УД – А)	до 600 мг/сутки внутрь	
<u>Топирамат</u> (УД – В)	50 – 150 мг/сутки внутрь	До появления признаков стабилизации эмоционального фона
<u>Карбамазепин</u> (УД – В)	200 – 400 мг/сутки внутрь	
<u>Вальпроевая кислота</u> (УД – В)	300 – 600 мг/сутки внутрь	
<u>Ламотриджин</u> (УД – В)	50 – 100 мг/сутки внутрь	

*Примечание: УД – уровень доказательности*

## *Дополнительные препараты, применяющиеся для лечения невротических расстройств на стационарном этапе*

<i>МНН</i>	<i>Терапевтический диапазон</i>	<i>Курс лечения</i>
<u>Хлорпротиксен</u> (УД – В)	50- 150 мг/сутки внутрь	До исчезновения поведенческих нарушений
<u>Тиоридазин</u> (УД – В)	50- 100мг/сутки внутрь	
<u>Сульпирид</u> (УД – А)	До 400 мг/сутки внутрь	
<u>Топирамат</u> (УД – В)	50-150 мг/сутки внутрь	До появления признаков стабилизации эмоционального фона
<u>Карбамазепин</u> (УД – В)	200-600 мг/сутки внутрь	
<u>Вальпроевая кислота</u> (УД – В)	300-600 мг/сутки внутрь	
<u>Ламотриджин</u> (УД – В)	75-150 мг/сут внутрь	

*Примечание: УД – уровень доказательности*

**Медикаментозное лечение, оказываемое пациентам с невротическими расстройствами на этапе скорой неотложной помощи**

<i>МНН</i>	<i>Терапевтический диапазон</i>
<i>Диазепам (УД - А)</i>	<i>10-20 мг/сутки в/м</i>

Для лечения неврозов у детей применяются седативные средства и транквилизаторы.

### **Седативные средства**

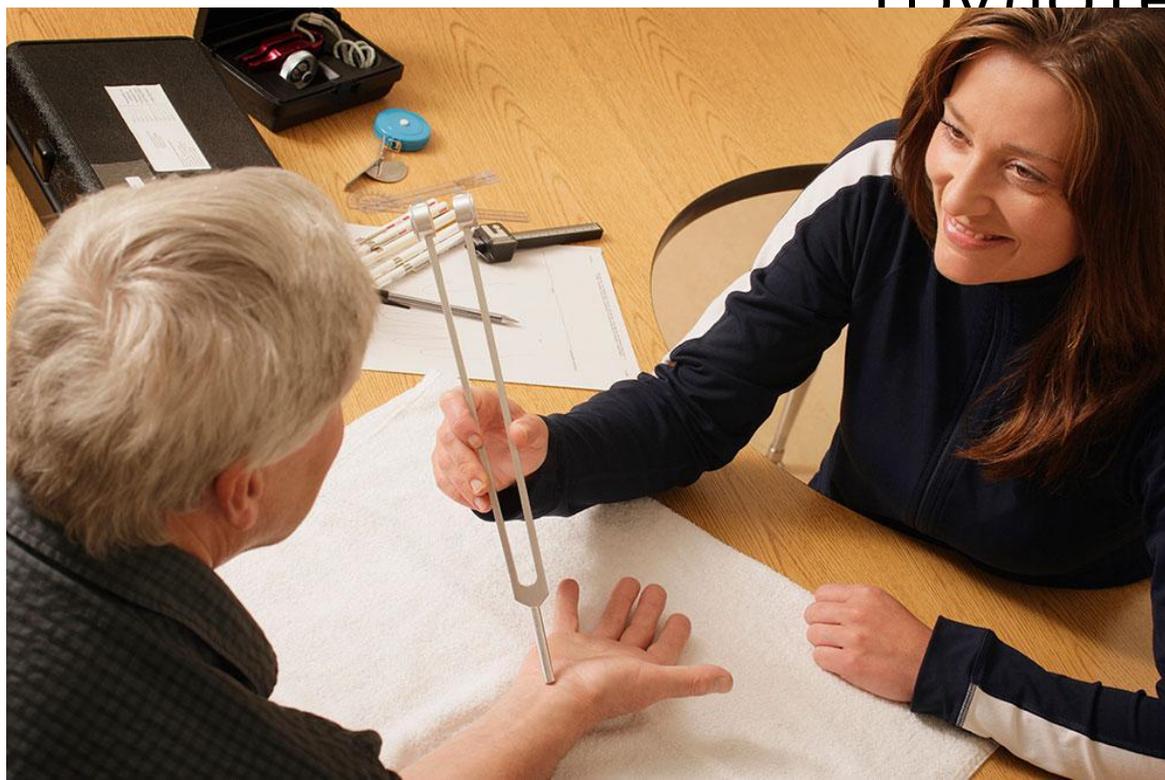
Фитопрепараты, созданные на основе валерианы, мелиссы, зверобоя (Дормиплант, Гелариум гиперикум и т. д.)

### **Транквилизаторы**

Психофармакологические средства, уменьшающие проявления тревоги, эмоциональную напряженность и страхи. Кроме того, транквилизаторы характеризуются гипнотическим, противосудорожным и миорелаксирующим эффектами. В лечении неврозов у детей целесообразно использовать небензодиазепиновые транквилизаторы (Тенотен, Атаракс, Адаптол), поскольку они имеют меньшее число побочных эффектов



Немедикаментозное лечение  
невротических расстройств  
включает комплаенс-  
терапию, различные виды  
психотерапии и  
трудотерапию



# Патогенетическая психотерапия при расстройствах невротического уровня направлена на решение следующих задач:

- • глубокое и всестороннее изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений;
- • выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению невротического состояния и симптоматики;
- • достижения у больного осознания и понимания причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и его заболеванием;
- • помощь больному в разумном разрешении психотравмирующей ситуации, а при необходимости – изменение его объективного положения и отношения к нему окружающих;
- • изменение отношения больного, коррекция неадекватных реакций и форм поведения, что является главной задачей психотерапии и ведет к улучшению самочувствия больного и восстановлению полноценности его социального функционирования.

- Задачей терапии невротических расстройств с точки зрения влияния врача на самосознание больного является улучшение его способности к сознательному управлению психической саморегуляцией и активному противодействию болезни [Потапов О.В., 2011, Семке В.Я., 2012, Ступина О.П. 2011].

# Психотерапия в лечении невротических расстройств

- В рамках рациональной психотерапии врач должен четко, доступно и обоснованно изложить пациенту суть его заболевания. На всем протяжении лечения необходимо ободрять пациента, внушать ему веру в себя, формировать и поддерживать в нем чувство собственной полноценности, повышать его самооценку – это важно, так как пациенты с невротическими расстройствами не уверены в себе и ранимы. Большое значение придается семейной терапии, основной целью которой является ликвидация психотравмирующей ситуации в семье.



# Психотерапия в лечении невротических расстройств (1)



- Патогенетическая или личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия при невротических расстройствах может осуществляться в двух основных формах – индивидуальной и групповой. Каждая из них обладает собственным специфическим психотерапевтическим потенциалом.

# Психотерапия в лечении невротических расстройств (2)



Групповая и индивидуальная психотерапия направлена на внутриличностную проблематику и систему отношений пациента, дефекты которой находят выражение в межличностном взаимодействии и уже вторично обуславливают усиление нарушений внутриличностных структур и рост нервно-психического напряжения.

# Психотерапия в лечении невротических расстройств (3)

- Групповая психотерапия позволяет начать работу с конечного звена этой цепи, т. е. с неконструктивного поведения пациента. Психотерапевтическая группа является моделью естественных групп, и пациент переносит в группу свойственные ему стереотипы поведения. Специфика внутригрупповой терапии как самостоятельного метода заключается в целенаправленном использовании всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы – групповой динамики в лечебных целях [Турсынов Н.И., 2016].



# Профилактика невротических расстройств

- Среди профилактических мероприятий в отношении невротических расстройств согласно проекту клинических рекомендаций по их диагностике и лечению (2015) используются меры вторичной профилактики (обоснованное назначение психофармакопрепаратов) и третичной профилактики – комплаенс-терапия, психосоциальная реабилитация и реализация психообразовательных программ для членов семей пациентов.



# *Генерализованное тревожное расстройство: эпидемиология*

- ГТР страдают 3-5% населения, в течение жизни варьирует от 0,1 до 8,5%; начало заболевания приходится на 20-40 лет.
- Женщины преобладают над мужчинами – 2:1 (Попов, Вид, 2000). У женщин ГТР чаще связано с хроническим средовым стрессом. Среди факторов риска выделяют также низкий уровень жизни и одиночество (Grant et al., 2005).

# *Генерализованное тревожное расстройство: клиника*

- Основной чертой является первичная тревога, которая носит генерализованный и стойкий характер, но не ограничивается какими-либо определенными средовыми обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах (то есть она является "нефиксированной").
- Тревога проявляется в виде постоянной напряженности, опасений, настороженности, неадекватного беспокойства и озабоченности по разным поводам (опоздания, качества выполненной работы, соматического недомогания, безопасности родных и близких, финансовых проблем и т.д.
- Частыми являются жалобы на чувство постоянной нервозности, дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, головокружение и дискомфорт в эпигастральной области.

# Особенности ГТР в ряду других тревожных расстройств

- Чаще бывают выраженные дезадаптирующие состояния - до 77% (Kessler et al., 2005).
- Характерна неудовлетворенность жизнью и сознание неблагополучия, особенно в сфере собственной деятельности, сопоставимое с изменениями, выявляемыми при большой депрессии (Вельтищев, Марченко, 2011).
- Снижение качества жизни.
- Повышенный суицидальный риск (в большей степени мыслей, нежели попыток).

# Критерии диагноза ГТР (МКБ-10)

*У больного должны быть первичные симптомы тревоги большинство дней за период по крайней мере несколько недель подряд, а обычно несколько месяцев:*

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

**Основные препараты для лечения генерализованного тревожного расстройства  
[Официальный сайт Европейского агентства лекарственных средств,  
клинический протокол диагностики и лечения генерализованного тревожного  
расстройства, 2019]**

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
<b>Терапия первой линии</b>		
<b>Антидепрессанты (СИОЗС/СИОЗСН)</b>		
<u>Пароксетин (УД – А)</u>	20-40 мг/сут	6-12 месяцев
<u>Эсциталопрам (УД – А)</u>	10-20 мг/сут	
<u>Циталопрам (УД – А)</u>	20-40 мг/сут	
<u>Сертралин (УД – А)</u>	50-200 мг/сут	
<u>Дулоксетин (УД – А)</u>	60-120 мг/сут	
<u>Венлафаксин (УД – А)</u>	75-225 мг/сут	
<b>Бензодиазепиновые анксиолитики</b>		
<u>Диазепам (УД – В)</u>	10-20 мг/сут	До купирования проявлений тревоги (не более 3-4 недель)
<u>Лоразепам (УД – В)</u>	2-10 мг/сут	
<u>Клоназепам (УД – В)</u>	1-4 мг/сут	
<u>Альпразолам (УД – В)</u>	0,25-4 мг/сут	
<u>Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (УД – В)</u>	1-3 мг/сут	

<b>Терапия второй линии</b>		
<b>Антидепрессанты</b>		
<u>Имипрамин (УД – В)</u>	25-200 мг/сут	6-12 месяцев
<u>Кломипрамин (УД – В)</u>	50-200 мг/сут	
<u>Тразодон (УД – В)</u>	150-450 мг/сут	
<u>Милнаципран (УД – В)</u>	50-100 мг/сут	
<u>Агомелатин (УД – В)</u>	25-50 мг/сут	
<u>Миртазапин (УД – В)</u>	15-60 мг/сут	
<b>Небензодиазепиновые анксиолитики</b>		
<u>Гидроксизин (УД – В)</u>	25-100 мг/сут	До купирования проявлений тревоги
<u>Буспирон (УД – В)</u>	15-60 мг/сут	
<b>Нейролептики</b>		
<u>Хлорпротиксен (УД – С)</u>	50-100 мг/сутки внутрь	До исчезновения поведенческих нарушений
<u>Кветиапин (УД – С)</u>	50-150 мг/сутки внутрь	
<u>Сультрипид (УД – С)</u>	до 600 мг/сутки внутрь	

Примечание: УД – уровень доказательности

**Основные психотерапевтические направления и методы, применяемые в лечении генерализованного тревожного расстройства [Клинический протокол диагностики и лечения генерализованного тревожного расстройства, 2019]**

Направления, методы психотерапии	Длительность терапии	Цель применяемого направления, метода	Уровень доказательности
<u>Когнитивно-поведенческая психотерапия</u>	15-20 сеансов	снижение тревоги и напряжения, изменения иррациональных установок и овладения навыками адаптивного мышления и поведения	A
Релаксационный метод психотерапии	10-15 сеансов	снижение тревоги и напряжения, обучения навыкам <u>саморегуляции</u> и для снижения уровня напряжения	B
<u>Методика биобратной связи</u>	10 сеансов	снижение тревоги и напряжения, обучения навыкам <u>саморегуляции</u> и для снижения уровня напряжения	B
Динамическая личностно-ориентированная психотерапия	20 сеансов	снижение тревоги и напряжения, осознания глубинных механизмов заболевания, разрешения внутренних противоречий, реконструкции системы отношений	B

# *Паническая атака*

Неожиданно возникающий и быстро, в течение нескольких минут, нарастающий симптомокомплекс вегетативных расстройств (сердцебиение, стеснение в груди, нехватка воздуха, удушье, потливость, головокружение), сочетающийся со страхом смерти, потери сознания либо потери контроля над собой, сумасшествия.

# *Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)*

- В течение жизни 10-20% населения переносят один и более панических приступов. ПР страдают от 1,5% до 3% населения (Дюкова, 1998; Weissman, 1998)
- Нет преобладания определенных типов акцентуаций (Попов, Вид, 2000).
- От агорафобии с паническими атаками отличается отсутствием пусковых ситуаций и спонтанностью.

# Факторы риска панических расстройств

- Преморбидный эмоциональный тип акцентуации;
- Высокий уровень личностной тревожности;
- Симптомоконкомплекс вегетативной дистонии.

В.Я. Семке, И.А. Погосова, А.В. Погосов, 2003.

# Диагностика панической атаки

1. Пароксизмальность;
2. Полисистемные вегетативные симптомы;
3. Эмоционально-аффективные расстройства.

Г.М. Дюкова, 1998

# Критерии диагноза панического расстройства (МКБ-10)

*Несколько тяжелых атак вегетативной тревоги возникали на протяжении периода около 1 месяца:*

- при обстоятельствах, не связанных с объективной угрозой;
- атаки не должны быть ограничены известными или предсказуемыми ситуациями;
- между атаками состояние должно быть сравнительно свободным от тревожных симптомов (хотя тревога предвосхищения является обычной).

**Основные препараты, применяемые в лечении панического расстройства  
[Официальный сайт Европейского агентства лекарственных средств,  
клинический протокол диагностики и лечения панического расстройства , 2019]**

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
<b>Антидепрессанты (СИОЗС/СИОЗСН)</b>		
<u>Пароксетин (УД – А)</u>	40-60 мг/сут	6-12 месяцев
<u>Эсциталопрам (УД – А)</u>	10-20 мг/сут	
<u>Венлафаксин (УД – А)</u>	75-225 мг/сут	
<u>Дулоксетин (УД – А)</u>	60-120 мг/сут	
<u>Флуоксетин (УД – А)</u>	20-60 мг/сут	
<b>Бензодиазепиновые анксиолитики</b>		
<u>Диазепам (УД – В)</u>	10-20 мг/сут	До купирования проявлений тревоги (до 3 недель)
<u>Лоразепам (УД – В)</u>	2-10 мг/сут	
<u>Клоназепам (УД – В)</u>	1-4 мг/сут	
<u>Альпразолам (УД – В)</u>	0,25-4 мг/сут	
<b>Атипичные нейролептики</b>		
<u>Хлорпротиксен (УД – С)</u>	50-100 мг/сут	До купирования проявлений тревоги
<u>Сульпирид (УД – С)</u>	до 600 мг/сут	
<u>Оланзапин (УД – С)</u>	2,5-20 мг/сут	
<u>Рisperидон (УД – С)</u>	0,25-3 мг/сут	

Примечание: УД – уровень доказательности

**Основные психотерапевтические направления и методы, применяемые в лечении панического расстройства [Клинический протокол диагностики и лечения панического расстройства, 2019]**

Направления, методы психотерапии	Длительность терапии	Цель применяемого направления, метода	Уровень доказательности
<u>Когнитивно-поведенческая психотерапия</u>	10-15 сеансов	снижение уровня тревожности, снижение частоты панических атак, преодоление ограничительного поведения	A
<u>Психодинамическая психотерапия</u>	24 сеанса с частотой 2 раза в неделю	снижение уровня тревожности, снижение частоты панических атак, прояснения неосознаваемых механизмов, лежащих в основе симптоматики	B
Релаксационный метод	10-15 сеансов	снижение уровня тревожности, снижение частоты панических атак, контроль над дыханием и мышечным напряжением	C
Личностно-ориентированная психотерапия	20-30 сеансов	снижение тревоги, частоты ПА, разрешение <u>внутриличностных противоречий</u> , лежащих в основе панической симптоматики, преодоление ограничительного поведения	C

# ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

(Агорафобия; Социальная фобия; Изолированная фобия)

## Общие критерии диагностики по МКБ-10:

- психологические или вегетативные симптомы должны быть **первичными проявлениями тревоги**, а не вторичными по отношению к другим симптомам, таким, как бред или навязчивые мысли
- тревога должна ограничиваться только или преимущественно **определенными** фобическими **объектами** или **ситуациями**, вызывающих страх или при мыслях о них
- **избегание** фобической ситуации (объекта) должно быть выраженным признаком
- осознание чрезмерности или необоснованности стремления

## Проходят 3 стадии (они же тяжесть):

- фобии возникают при **непосредственном** столкновении с травмирующей ситуацией
- фобии возникают уже при **ожидании** встречи с травмирующей ситуацией
- фобии возникают при **одном только представлении** о возможности травмирующей ситуации

**Агорафобия** – группа фобий , связанных с ситуациями нахождения **вне дома**, на открытых (или закрытых) пространствах и(или) с перемещениями в нем и схожих с ними ситуациями, таких, как **наличие толпы** в сочетании с переживанием **беспомощности** и невозможности сразу вернуться в **безопасное место** (обычно – домой) или доступа к **медицинской помощи**

**Социальная фобия** - группа фобий, сконцентрированных вокруг страха испытать **внимание со стороны** окружающих в сравнительно малых группах людей (вечеринка, собрание) с переживанием своей **несостоятельности** в чем-либо, что приводит к **избеганию** определенных общественных ситуаций.

**Специфическая (изолированная) фобия** – группа фобий, ограниченных **строго определенными** ситуациями. В эту же группу относят варианты **нозофобий**, связанных со страхом соприкосновения с **инфекцией** и **лучевой болезнью**

# Дифференциация фобий при неврозах и шизофрении

## **Невроз:**

- четкая фабула
- обострение в ситуациях конфликта
- наличие критики
- выраженный компонент борьбы
- простые, психологически понятные ритуалы

## **Шизофрения:**

- размытая, часто меняющаяся фабула
- спонтанные усиления
- Отсутствие критики
- Отсутствие борьбы, безразличие
- Вычурные, странные поступки

**Основные препараты, используемые в лечении тревожно-фобического расстройства [Официальный сайт Европейского агентства лекарственных средств, клинический протокол диагностики и лечения тревожно-фобического расстройства, 2019]**

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
<b>Антидепрессанты (СИОЗС/СИОЗСН)</b>		
<u>Венлафаксин</u> (УД – В)	75-225 мг/сут	6-12 месяцев
<u>Миртазапин</u> (УД – В)	15-60 мг/сут	
<u>Тразодон</u> (УД – В)	150-450 мг/сут	
<u>Агомелатин</u> (УД – В)	25-50 мг/сут	
<u>Пароксетин</u> (УД – В)	40-60 мг/сут	
<b>Бензодиазепиновые анксиолитики</b>		
<u>Клоназепам</u> (УД – В)	1-4 мг/сут	До купирования тревоги
<u>Альпразолам</u> (УД – В)	0,25-4 мг/сут	
<b>Нейролептики</b>		
<u>Хлорпротиксен</u> (УД – С)	50-100 мг/сут	До исчезновения поведенческих нарушений
<u>Сультпирид</u> (УД – С)	до 600 мг/сут	
<u>Оланзапин</u> (УД – С)	2,5-20 мг/сут	
<u>Рisperидон</u> (УД – С)	0,25-3 мг/сут	
<b>Небензодиазепиновые анксиолитики</b>		
<u>Гидроксизин</u> (УД – С)	25-100 мг/сут	До купирования проявлений тревоги
<u>Буспирон</u> (УД – С)	15-60 мг/сут	

*Примечание: УД – уровень доказательности*

**Основные психотерапевтические направления и методы, применяемые в лечении тревожно-фобического расстройства [Клинический протокол диагностики и лечения тревожно-фобических расстройств, 2019]**

Направления, методы психотерапии	Длительность терапии	Цель применяемого направления, метода	Уровень доказательности
<u>Когнитивно-поведенческая психотерапия</u>	10-15 сеансов	Снижение уровня тревожности, снижение интенсивности <u>фобических переживаний</u> , коррекция иррациональных установок, преодоление ограничительного поведения, социальной тревожности,	А
Экспозиционная терапия с использованием виртуальной реальности	15 сеансов	улучшение коммуникативных навыков	С
<u>Групповая интерперсональная психотерапия</u>	20сеансов		С
Личностно-ориентированная психотерапия	20-30 сеансов		С

# Обсессивно-компульсивное расстройство

- Заболеваемость в населении – от 0,05% (Попов, Вид, 2000) до 1,6% (Black, 1996). В течение жизни страдает до 3% (Black, 1996). ОКР – 1% от всех больных, получающих лечение в психиатрических клиниках (Каплан, Сэдок, 1994).
- 1/3 заболевает в возрасте 10-15 лет,  $\frac{3}{4}$  – до 30-ти лет (Попов, Вид, 2000).
- Сравнительно высокая коморбидность с тревожно-фобическими и пищевыми расстройствами, депрессией, детским аутизмом.
- Основное проявление – навязчивые мысли и компульсивные действия. В основе личности часто выступают ананкастные черты.

# Особенности обсессивных симптомов

- должны быть расценены как собственные мысли или импульсы больного;
- должны быть по крайней мере одна мысль или действие, которым больной безуспешно сопротивляется, даже если наличествуют другие, которым больной более не сопротивляется;
- мысль о выполнении действия не должна быть сама по себе приятна (простое уменьшение напряженности или тревоги не считается в этом смысле приятным);
- мысли, образы или импульсы должны быть неприятно повторяющимися.

# Группы навязчивых расстройств (Попов, Вид, 2000)

- Навязчивые идеи загрязнения (физиологическими выделениями, заразой и грязью вообще, микроорганизмами и т.п.). Ритуалы – защитное мытье рук, уборка помещения, дезинфекция, «табу» на домашних животных.
- Навязчивые сомнения, сопровождающиеся многократной компульсивной проверкой. Ритуалы счета, повторных действий, накапливание ненужных предметов.
- Контрастные навязчивости – хульные мысли, страх причинения вреда себе и окружающим. Часто образные представления об агрессивном и сексуальном акте по отношению к близким.
- Навязчивая медлительность – сплав навязчиво-компульсивных компонентов является препятствием для повседневной деятельности.

## *Преимущественно компульсивное действие (навязчивые ритуалы)*

- Большинство навязчивых действий (компульсий) касается соблюдения чистоты (особенно мытья рук), непрерывного контроля за предотвращением потенциально опасной ситуации или за порядком и аккуратностью.
- В основе лежит страх опасности, а ритуальное действие является бесплодной или символической попыткой предотвратить опасность.
- Компульсивные ритуалы могут ежедневно занимать по многу часов и иногда сочетаются с нерешительностью и медлительностью.

# Диагностические критерии ОКР

1. Обсессивные симптомы и/или компульсивные действия должны иметь место наибольшее количество дней за период по крайней мере 2 недели подряд и быть источником дистресса и нарушения активности;
2. Должны иметь следующие характеристики:
  - Должны восприниматься как собственные, а не навязанные;
  - Они повторяются и по крайней мере одна мысль или действие признаются чрезмерным или бессмысленным.
  - Попытки им противодействовать, иногда слабо;
  - Воспроизведение обсессии не является приятным.
3. Больные страдают от них;
4. Состояние не соответствует признакам шизофрении или аффективного расстройства.

**Основные препараты, используемые в лечении обсессивно-компульсивного расстройства [Официальный сайт Европейского агентства лекарственных средств, клинический протокол диагностики и лечения обсессивно-компульсивного расстройства, 2019]**

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
<b>Антидепрессанты (СИОЗС/СИОЗСН)</b>		
<u>Кломипрамин</u> (УД – А)	50-200 мг/сут	6-12 месяцев
<u>Эсциталопрам</u> (УД – А)	10-20 мг/сут	
<u>Циталопрам</u> (УД – А)	20-40 мг/сут	
<u>Сертралин</u> (УД – А)	50-200 мг/сут	
<u>Пароксетин</u> (УД – В)	20-40 мг/сут	
<u>Дулоксетин</u> (УД – В)	60-120 мг/сут	
<b>Нейролептики</b>		
<u>Рisperидон</u> (УД – А)	0,25-3 мг/сут	До исчезновения поведенческих нарушений
<u>Кветиапин</u> (УД – В)	50-150 мг/сутки внутрь	
<u>Оланзапин</u> (УД – В)	2,5-20 мг/сут	
<b>Противосудорожные препараты</b>		
<u>Топирамат</u> (УД – В)	178 мг/сут	
<u>Ламотриджин</u> (УД – В)	100-200 мг/сут	

*Примечание: УД – уровень доказательности*

**Основные психотерапевтические направления и методы, применяемые в лечении обсессивно-компульсивного расстройства [Клинический протокол диагностики и лечения обсессивно-компульсивных расстройств, 2019]**

Метод психотерапии	Длительность терапии	Цель метода	Уровень доказательности
Когнитивно-поведенческая психотерапия	10-15 сеансов	Снижение уровня тревожности, снижение интенсивности переживаний,	А
Экспозиционная терапия с использованием виртуальной реальности	15 сеансов	коррекция иррациональных установок, преодоление ограничительного поведения, социальной тревожности, улучшение коммуникативных навыков	В

# Выводы

- Выбор психотропных средств проводится с учетом клинических особенностей психического расстройства и соматического состояния пациента.
- Необходимо помнить, что невротические расстройства хорошо поддаются лечению, и чем раньше пациент обращается за помощью к специалисту, тем эффективнее терапия и быстрее наступает выздоровление, а психотерапевтические методы помогают и в будущем конструктивно подходить к решению сложных вопросов и преодолению стрессовых ситуаций.

**Спасибо за внимание!**

