

Интервью/Interview

Алла АВЕДИСОВА:

«Задача врачей состоит в том, чтобы выделить тревогу как провоцирующий фактор»

В отличие от естественной тревоги, с которой человек, как правило, может справиться самостоятельно, патологическая тревога становится серьезным поводом обратиться к врачу. Об особенностях этого заболевания, специфике общения врачей с пациентами и возможностях терапии мы решили поговорить с Аллой АВЕДИСОВОЙ, руководителем отдела терапии психических и поведенческих расстройств ФГБУ «ФНМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава РФ, заслуженным врачом РФ, профессором, д.м.н.

? Алла Сергеевна, чувство тревоги знакомо каждому человеку. А когда тревожность перерастает в психическое расстройство? Как отличить адекватную тревогу от патологической?

– Тревога – это феномен, который имеет эволюционное значение, поскольку встречается и у людей, и у животных, выполняя несколько функций – нормальных и патологических. Можно выделить 4 варианта тревоги. Первый – экзистенциальная тревога, выражающая страх перед трудностями жизни. Сталкиваясь с ними, человек может рассчитывать только на самого себя, что не позволяет ему успокоиться. Второй вариант – тревога как психофизиологическое состояние. Она возникает в ответ на стрессовые ситуации и представляет собой адаптирующий феномен. Этот вид тревоги не только помогает человеку приспособиться к стрессу, но и стать более активным и целеустремленным. Третий вариант свойственен акцентуированным личностям, у которых чрезмерно выражена какая-то одна черта характера, или лицам с расстройствами личности. Такие люди тревожатся по поводу незначительных трудностей в жизни. Они мнительны, «застревают» на некоторых событиях и стараются избегать ситуаций, связанных с появившейся тревогой. И наконец, четвертый вариант – тревожные расстройства.

Данные нарушения, наряду с болезненным синдромом, относятся к числу самых непереносимых состояний. И если, например, человек, находящийся в депрессии, может замкнуться в себе и долго жить со своими проблемами, сделав их частью своей жизни, то пациент с тревожными расстройствами не может переносить тревогу. Он будет пытаться тем или иным способом с ней справиться или будет искать людей/врачей, которые могут помочь ему в этом.

? Какие нарушения встречаются чаще – тревожные расстройства или депрессия?

– Многие считают, что депрессия, но это не так. Наиболее распространенной психической патологией в мире являются именно тревожные расстройства. В качестве подтверждения можно привести результаты исследования, опубликованного в «Европейском психоневрологическом журнале» в 2005 г. В ходе исследования были собраны эпидемиологические данные из 26 стран мира, касающиеся распространенности разной психической патологии. Выяснилось, что примерно 27% населения страдают психическими расстройствами. При этом по частоте встречаемости лидируют тревожные расстройства (12%), за ними последовательно идут депрессия (7,5%), соматоформные расстройства и такие злоупотребления, как алкоголизм и наркомания.



Алла АВЕДИСОВА

? А как воспринимают тревогу и тревожные состояния сами пациенты?

– Мы в свое время проводили опрос здоровых людей, а также первично и вторично заболевших пограничными психическими расстройствами. Отвечая на вопрос: «Какие из перечисленных расстройств вы относите к психическим заболеваниям?», практически все группы опрошенных в первую очередь назвали тревогу (а не бред, как ожидалось), отметив, что это заболевание, с которым нужно идти на прием к врачу.

Не менее интересные результаты мы получили в ходе опроса пациентов, принимающих антидепрессанты, относительно их отношения к побочным эффектам. Респонденты, главным образом мужчины, назвали тревогу в числе побочных эффектов, из-за которых они отказались бы от лекарственной терапии. В этом, кстати, их существенное отличие от женщин, которые с трудом, но переносят тревогу и не прекращают принимать препарат.

? **В каком случае «тревожным» пациентам следует обратиться к врачу?**

– В случае проявления совокупности трех факторов. Если человек не может контролировать тревогу, не способен ею управлять и взять себя в руки; если начинается дезадаптация в трудовой деятельности, в семье, в общении с другими людьми и если данный процесс длится уже несколько месяцев – все это является достаточным основанием для того, чтобы обратиться к врачу.

? **Как это происходит на практике?**

– Чтобы ответить на этот вопрос, нужно уточнить, из каких основных компонентов состоит тревога. Таких компонентов два. Первый – когнитивный, связанный с опасением неблагоприятного развития событий в будущем. Например, человек задается вопросом: «Что, если я неправильно выбрал специальность? А вдруг это не любовь, а просто увлечение? Что, если я упаду? Что, если я останусь одна?». Подобные сомнения присущи всем людям.

Второй компонент – соматовегетативный. Тревога часто проявляется такими соматическими проявлениями, как онемение конечностей, тахикардия, боли, неприятные ощущения, чувство комка в горле, жар. Они чрезвычайно многообразны и очень часто выходят на первый план. Именно тогда пациент и приходит на прием к врачу. Человек не всегда способен адекватно оценить свое психическое состояние. Но он не может не обратить внимания на соматические проявления, считая, что за ними всегда стоит болезнь и нежелательный исход.

? **К каким специалистам обращаются больные с такими жалобами?**

– Как правило, они приходят на прием к терапевту. В тех случаях, когда к тревоге присоединилась депрессия, что происходит довольно часто, больные обращаются к психиатру. В ситуациях, когда соматические проявления носят легкий характер, пациенты посещают

разных специалистов. Задача врачей состоит в том, чтобы выделить тревогу как ведущий фактор в появлении данных соматических симптомов и направить больного к врачу-психиатру. Умение распознать болезнь во многом зависит от их психотерапевтических навыков.

? **Считается, что хороший психологический контакт врача с пациентом – основа успеха его лечения и последующего выздоровления. Какова специфика общения с человеком, страдающим психическим расстройством?**

– Каждый врач, общаясь с таким пациентом, должен, прежде всего, его успокоить. Больному нужно дать понять, что ничего уникального и особенного в его состоянии нет, что он один из многих, и привести ему какой-то конкретный пример. Все это очень успокаивает пациента. И только потом давать больному очень простые и понятные ему назначения – терапевтические и психологические. Именно такой подход предусматривает психотерапевтическая работа с пациентом. Если же врач его не успокоит, а ограничится рекомендациями к лечению, то пациент отправится со своей проблемой к другому специалисту. Особенность данной категории больных – подвергать сомнению назначения врача и посещать нескольких специалистов с жалобами на то, что им ничего не помогает.

? **Учитывая Ваш большой опыт работы с больными, страдающими психическими заболеваниями, что бы Вы посоветовали молодым врачам? На что им нужно обращать внимание в первую очередь?**

– Во-первых, надо знать, что представление о классификации тревожных расстройств меняется. Эта категория в современных классификациях немного разрослась. Так, например, МКБ-11 будет включать несколько совершенно новых диагнозов, в т. ч. отдельно будет выделено тревожное расстройство сепарации (расставания) у взрослых.

В прежней версии рассматривалось только расстройство сепарации у детей. То же самое касается и селективного мутизма во взрослом возрасте. Другое важное нововведение связано с исключением панической атаки (ПА) из категории тревожных расстройств. Поскольку ПА встречается при совершенно разных состояниях (шизофрения, соматические заболевания и т. д.), она выделена как внезологическая категория, в отличие от панического расстройства, которое включено в классификацию тревожных расстройств.

Во-вторых, очень важен первый контакт врача (терапевта, невролога и другого специалиста) с больным человеком. Врач должен обратить внимание на то, как выглядит пациент, как он сидит, жестикулирует, разговаривает, а также на перечень принесенного им набора препаратов (что зачастую происходит). При подозрении на тревожное расстройство следует переключить внимание больного с соматических жалоб на его психическое состояние.

? **Какая может быть эмоциональная реакция пациента на свой диагноз? Надо ли ее смягчать?**

– Зачастую мы преувеличиваем остроту реакции пациентов. На практике диагноз больных не пугает. Для них важно, чтобы с ними поговорили и все разъяснили. К сожалению, так поступают не все врачи.

? **Услышав о диагнозе, больной может попросить назначить ему дополнительную диагностику. Как в таком случае должен поступить врач?**

– Это не простой вопрос для врача, учитывая его этическую сторону. С одной стороны, дополнительная диагностика может оказаться не страховым случаем. Более того, больной может не захотеть ограничиться одним исследованием. С другой стороны, дополнительная диагностика может стать для больного положительным психотерапевтическим фактором и одновременно дать врачу больше необходимой информации.

С моей точки зрения, врач, даже понимая психическую природу соматических жалоб, может назначить какой-то простой анализ или ЭКГ в качестве психотерапевтического метода и подтверждения собственной диагностики.

? Какие подходы к лечению тревожных расстройств сегодня используются?

– Они включают немедикаментозное лечение и фармакотерапию.

Некоторые пациенты отказываются принимать препараты. Тогда им назначают только психотерапию, чаще всего – когнитивно-поведенческую. Но она действует не сразу. Поэтому при острых состояниях необходимо медикаментозное лечение.

Но в любом случае психотерапия, психологическое консультирование специалистами очень важны. Их проведение успокаивает пациента, т.к. с ним разговаривают, занимаются, указывают на ошибки в его умозаключениях, приводящие к тревожности. Такой подход позволяет повысить эффективность фармакотерапии.

? Когда назначают медикаментозное лечение и что оно включает?

– Как правило, пациенты, страдающие тревожными расстройствами, приходят к врачу уже в тяжелом состоянии, с острыми паническими атаками и фобиями. Зачастую тревожные расстройства у них сочетаются с депрессией. В этих случаях необходимо назначить фармакотерапию. Согласно клиническим рекомендациям, препаратами первой линии являются антидепрессанты, второй линии – бензодиазепины. При выраженных тревожных нарушениях бензодиазепины назначают дополнительно к антидепрессантам. В отличие от антидепрессантов, которые воздействуют на причину заболевания и купируют тревогу примерно через 2 недели, бензодиазепины действуют сразу. Эффект от такого симптоматического лечения пациент ощущает уже через 20–30 минут.

Для пациентов с тревожными расстройствами, особенно отягощенными паническими атаками, это очень важно. Из-за непереносимой тревоги они не могут ездить на транспорте, ходить на работу, избегают ситуаций, где она может возникнуть. Некоторые больные из-за панического расстройства вообще не выходят из дома, по сути, являясь инвалидами. Такие люди не готовы ждать, когда подействует антидепрессант. Поэтому его назначают совместно с бензодиазепинами, быстро снижающими уровень тревожности.

? Сегодня на российском рынке представлено несколько транквилизаторов, в т. ч. препарат из группы производных бензодиазепина тофизопам (Грандаксин). Есть ли у него какие-то особенности и преимущества?

– Этот препарат отличает быстрота действия при отсутствии дневного снотворного эффекта. Он может применяться как дополнение к антидепрессантам, так и в качестве монотерапии у широкой группы людей, которые, не будучи больными, страдают от периодически возникающей тревоги и не могут сами с ней справиться. Это может быть тревога, возникшая вследствие каких-то стрессовых событий, например смерти близкого человека, потери работы и т.д., мешающая уснуть из-за беспокойных мыслей и переживаний. Поэтому тем, кто не может самостоятельно справиться с проблемой, можно посоветовать прием тофизопама. Этот препарат хорошо действует на соматовегетативный компонент тревоги, устраняя сопровождающие ее неприятные ощущения, такие как сердцебиение, потливость и др. Доказано, что он не влияет на память, внимание и скорость его переключения, быстроту реакции.

? Насколько хорошо переносится препарат и есть ли к нему привыкание?

– Поскольку тофизопам относится к группе дневных транквилизаторов, он никак не нарушает привычный

образ жизни и не оказывает значимого побочного действия, в т. ч. миорелаксирующего. Поэтому его можно назначать и пожилым людям, не опасаясь потери равновесия и падения.

Многочисленные исследования показали, что привыкания к Грандаксину при правильном его применении не формируется. Однако необходимо придерживаться рекомендуемой дозы препарата и длительности его применения. Грандаксин назначается в дозе от 1 до 3 таб/сут (100–300 мг) в зависимости от выраженности тревожного состояния. Что касается длительности его применения, то она зависит как от выраженности явлений тревоги, так и от тяжести стрессового события.

Препарат удобно назначать врачу, т.к. в связи с отсутствием выраженных побочных эффектов и быстротой действия Грандаксина пациенты привержены лечению. Они обычно соблюдают его длительность и терапевтические дозировки, назначенные врачом.

? О чем необходимо информировать пациента, который нуждается в длительном лечении?

– Врач должен сообщить пациенту, что лечение тревожных расстройств не сводится к разовому приему препаратов. Даже если тревога проходит, результат нужно закрепить и пройти курс лечения длительностью как минимум в несколько месяцев.

Конечно, любой человек хотел бы справиться со стрессами без помощи лекарств. Но так получается далеко не всегда. В связи с этим следует помнить, что применение такого препарата, как Грандаксин, позволит безопасно избежать хронификации болезни, которая может привести к развитию трудно обратимых и требующих более интенсивного медикаментозного лечения соматических и психических заболеваний.

Беседовала **Ирина Широкова**,
«Ремедиум»