

Что такое
Паническое
Расстройство
и как его
лечить

ПОСОБИЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Составлено в Московском НИИ психиатрии МЗ РФ
кандидат психологических наук А. Б. Холмогорова
кандидат медицинских наук Т. В. Довженко
кандидат психологических наук Н. Г. Гаранян



Паническое расстройство и как его лечить
пособие для пациентов составлено в
Московском НИИ психиатрии МЗ РФ
кандидат психологических наук

А.Б.Холмогорова кандидат медицинских наук
Т.В.Довженко кандидат психологических наук
Н.Г.Гаранян

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ПАНИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ

Паническое расстройство встречается часто
- это болезнь многих тысяч людей.

Проявления тревожных расстройств
многообразны, выделяются разные формы
этих расстройств. Паническое расстройство -
одно из наиболее часто встречающихся и
тяжелых тревожных расстройств. Оно
приносит страдание больным и их близким.

**При этом зачастую вовремя не распознается
врачами общесоматической практики.**

При отсутствии своевременного лечения
может приобретать хроническое течение, что
ведет к выраженной социальной
дезадаптации.

Установлено, что примерно 20% населения переносят на протяжении жизни один или несколько эпизодов интенсивной приступообразной тревоги - паники.

Регулярные приступы такого рода отмечаются, по данным исследователей разных стран, у 0,6-2,7% всего населения. Женщины страдают этим в два-три раза чаще, чем мужчины. Особенно подвержены паническому расстройству люди трудоспособного возраста 25-35 лет.

Типичные симптомы панического расстройства

Картина болезни включает многочисленные соматические симптомы:

- *одышка, чувство нехватки воздуха;
- *учащение, усиление или перебои сердцебиения;
- *давление, боль или чувство дискомфорта в грудной клетке;
- *головокружение, ощущение неустойчивости, головные боли;
- *боли в области сердца разнообразного

характера - ощущения давления, сжатия, жжения, покалывания и др.;

*ощущение внутренней дрожи;

*подрагивание рук и ног или выраженная дрожь;

*чувство слабости, вялости, ватности ног и рук;

*потливость или обильное потоотделение;

*чувство тошноты, дурноты;

*чувство боли или дискомфорта в области желудка или брюшной полости

*чувство онемения, покалывания в различных частях тела;

*приливы жара или озноба.

Для диагностики панического расстройства необходимо наличие четырех или более из вышеперечисленных симптомов.

Помимо соматических симптомов при паническом расстройстве отмечается ряд симптомов измененного психического реагирования:

ощущение нереальности происходящего вокруг; ощущение собственной

измененности; интенсивная тревога разного содержания - страх утраты контроля, страх потери сознания, страх смерти вследствие удушья, остановки сердца или другой телесной катастрофы, страх сойти с ума.

Приступы тревоги такого рода могут возникать внезапно, непредсказуемо, без психологически понятных причин при отсутствии реальной угрозы для жизни.

Следует особо подчеркнуть, что многочисленные клинические исследования показывают: паническое расстройство не представляет угрозы для жизни и не приводит к тем тяжелым исходам, которых так опасаются пациенты (инсульты, инфаркты и т.д.).

О важности своевременной диагностики и лечения панического расстройства

К сожалению, из-за недостаточной осведомленности о симптомах заболевания и методах его лечения, больные обращаются за помощью, когда заболевание принимает

затяжной и тяжелый характер. Часто они и вовсе не обращаются за помощью и не получают необходимого лечения.

Нередко у больных с паническим расстройством возникают трудности социального порядка: проблемы в общении, в семейной и профессиональной жизни.

У 10-15% больных паническими расстройствами снижена трудоспособность, возникают финансовые трудности.

Пациенты с приступообразным тревожным расстройством значительно чаще, чем другие, обращаются к врачам-терапевтам, врачам скорой медицинской помощи, проходят многочисленные круги обследований у различных специалистов. Когда предполагаемые диагнозы не подтверждаются, больные продолжают искать другие возможные причины, затрачивая при этом много сил, времени и средств. При этом у больных сохраняется стойкая уверенность в наличии опасного, недиагностируемого соматического заболевания.

Типичные осложнения при паническом расстройстве:

*тревога ожидания очередного приступа приводит к поведению избегания - происходит сужение социального пространства жизни (отказ от посещений публичных мест, поездок на транспорте, общения, а в тяжелых случаях - вплоть до невозможности выйти из дома);

*болезненная озабоченность здоровьем, сосредоточенность всей психической жизни на отслеживании своего физического состояния, нерациональные посещения врачей и прохождение лабораторных обследований;

*развитие вторичной депрессии из-за затяжной тяжелой симптоматики и утраты надежды на выздоровление (вторичная депрессия отмечается в 70% случаев панического расстройства);

*злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами, к которым больные прибегают с целью снятия напряжения, приводит к возникновению различных форм зависимости в 20% случаев панического расстройства.

II. СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАНИЧЕСКИХ АТАКАХ

Биопсихосоциальная модель панического расстройства

Современная наука рассматривает многие психические расстройства, в том числе и паническое, как заболевания, в происхождение которых вносят вклад разные причины или факторы - биологические, психологические и социальные.

Биологические факторы панического расстройства

Биологические теории возникновения панических расстройств предполагают связь различных нейромедиаторных систем (катехоламиновой, ГАМК - эргической, серотонинэргической) с возникновением эпизодических приступов пароксизмальной тревоги. Нейроанатомические исследования установили, что раздражение отдельных структур мозга (лимбической области, височной и корковой зон) сопровождается появлением тревоги и страха. Высказывается точка зрения, что повышение уровня лактата

натрия в сыворотке крови является пусковым фактором приступа тревоги. Способностью провоцировать приступы паники обладает двуокись углерода (СО₂) при повышении ее концентрации в воздухе до 5%. Существует теория генетической предрасположенности к паническому расстройству. Биопсихосоциальная модель возникновения панического расстройства предполагает, что воздействие психосоциальных факторов может провоцировать биологические изменения, в основе которых лежит определенная генетическая предрасположенность.

Психологические факторы панического расстройства

Центральную роль в происхождении панических атак играет эмоция тревоги. При этом важно отметить, что большинство пациентов хорошо осознают описанные выше сомато-вегетативные симптомы и интерпретируют эти телесные ощущения как признаки грозного соматического заболевания. **Ведущая роль тревоги в развитии приступа,**

как правило, не осознается вообще. Почему это происходит?

Дело в том, что приступу, как правило, предшествуют определенные сдвиги, которые могут иметь различную природу:

*переутомление вследствие перегрузок, длительного недосыпания; прием алкоголя или психоактивных средств; различные соматические заболевания;

*переживание интенсивных отрицательных эмоций, в том числе и в межличностных конфликтах.

Все эти физические и психологические стрессоры вызывают изменения в состоянии вегетативной нервной системы и как следствие этого - изменяют обычное течение физиологических процессов в организме.

Например, на фоне переутомления может возникнуть состояние слабости с головокружением, при приеме психоактивных веществ - учащенное сердцебиение, тошнота, дрожь; после бурной ссоры - учащенное сердцебиение, дрожь, нехватка

воздуха.

Человек замечает эти сдвиги и может реагировать на них по-разному. Одна из возможных реакций - "со мной что-то не так! С моим организмом происходит что-то опасное!". Такая мысль неизбежно порождает чувство тревоги.

Тревога, в свою очередь, как и всякая другая эмоция, сопровождается интенсивными физиологическими изменениями. На фоне выброса адреналина появляются учащенное сердцебиение, одышка, дрожь и т.д. Эти симптомы тревоги суммируются с изначальными легкими физиологическими сдвигами и приводят к их мощному усилению. Возникающая физиологическая буря вызывает мысль о надвигающейся катастрофе (обмороке, публичном позоре, сумасшествии и даже смерти). Тревога переходит в ужас и панику. После пережитого приступа паники человек, как правило, испытывает слабость, что подтверждает опасения о наличии тяжелого заболевания.

Впоследствии может возникнуть избегание ситуаций, в которых развивались панические

приступы, а также ситуаций, в которых может быть затруднено получение быстрой медицинской помощи.

Избегание - важный психологический фактор утяжеления заболевания, т.к. оно нарушает социальную адаптацию и подрывает уверенность в себе. На самом деле, как мы показали, тяжелого соматического заболевания нет, работает т.н. "порочный круг тревоги", физиологические сдвиги на фоне обычных стрессоров - мысль о неблагополучии - тревога - усиление физиологических проявлений - мысль о грозящей катастрофе - паника.

Физиологические сдвиги при определенных обстоятельствах могут произойти у каждого человека, не все люди склонны их интерпретировать катастрофическим образом.

Как правило, это свойственно людям с изначально высоким уровнем тревоги.

Высокая тревожность, в свою очередь, может быть связана с различными обстоятельствами и стрессами, имевшими место в разные периоды жизни человека.

Социальные факторы панического расстройства

Распространение панического расстройства в современной цивилизации можно связать с целым рядом особенностей нашей культуры. Это, прежде всего, высокий уровень стрессогенности жизни - ее высокий темп, частые перемены, интенсивные нагрузки, недостаточная социальная защищенность многих людей. Высокому уровню тревожности способствуют также некоторые ценности современной культуры; культ успеха и благополучия при высоком уровне конкуренции между людьми заставляет их скрывать свои трудности, жить на пределе сил, мешает вовремя обратиться за помощью.

Медикаментозное лечение

Показаниями для медикаментозного лечения являются панические расстройства средней и выраженной степени тяжести, панические расстройства, сочетающиеся с депрессией или различными формами зависимостей.

Для лечения панических расстройств используются психофармакологические препараты различных групп.

III. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Современный подход к лечению панического расстройства предполагает комбинацию различных методов - биологической терапии (медикаментозной и не медикаментозной) и психотерапии. При легких формах панических атак без хронификации и выраженного фобического избегания рекомендуется ограничиться психотерапией. Необходимым условием эффективности лечения является сотрудничество с врачом: строгое соблюдение предписанного режима терапии, регулярность визитов к врачу, подробный, откровенный отчет о своем

состоянии и жизненных затруднениях.

Антидепрессанты

Антидепрессанты предупреждают развитие панических приступов, но не купируют их полностью. В настоящее время существуют различные препараты этой группы, из них трициклические антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин) и ингибиторы моноаминооксидазы (ниаламит, фенелзин) используются уже с конца 50-х годов. В последние годы число антидепрессантов значительно увеличилось. Основными преимуществами антидепрессантов новых поколений являются улучшение переносимости, уменьшение побочных действий, снижение токсичности и высокая безопасность при передозировке. К новым антидепрессантам относятся флуоксе-тин (прозак, профлузак), сертралин (золофт, стимулотон), циталопрам (ципрамил), пароксетин (паксил), флувоксамин (феворин), тианептин (коаксил), миансерин (перивон), моклобемид (аурорикс), мirtазапин (ремерон) и др.

Антидепрессанты являются безопасным классом психотропных лекарственных препаратов при правильном их применении согласно рекомендациям врача. Доза пациента определяется индивидуально для каждого пациента. Необходимо знать, что терапевтический эффект антидепрессантов может проявляться медленно и постепенно, поэтому важно позитивно настроиться и ждать его появления. Антидепрессанты не вызывают привыкания и развития синдрома отмены.

Бензодиазепины

Препараты выбора для снижения тревоги ожидания и для купирования панических приступов. Доза препарата подбирается врачом-психиатром индивидуально до достижения эффекта.

Лечение основано на принципе минимально достаточных доз во избежание развития привыкания к препарату. Курс терапии обычно ограничен одним-двумя месяцами, после чего при необходимости производится замена препарата. Наиболее широко для лечения панических расстройств в

современной медицине используются:
фенозепам, алпразолам,
диазепам, клоназепам, лоразепам.

Основные этапы терапии

1 Определение тактики лечения - выбор препаратов с учетом основных симптомов расстройства у каждого пациента, подбор адекватной дозы препарата, индивидуальной схемы лечения.

2 Проведение основного курса терапии, направленного на уменьшение симптомов панического расстройства, вплоть до их исчезновения, восстановление прежнего, свойственного пациенту уровня социальной активности.

3 Проведение поддерживающего курса терапии в течение 8-10 и более месяцев после общей нормализации состояния. Этот этап направлен на профилактику обострения заболевания - возобновления приступов паники.

Что обычно мешает проведению медикаментозного лечения?

1 Неправильное представление о природе депрессии и о важности медикаментозного лечения.

2 Распространенное неверное представление о безусловном вреде всех психотропных препаратов: возникновение зависимости от них, отрицательное влияние на состояние внутренних органов.

Многие пациенты уверены, что лучше страдать от депрессии, чем принимать антидепрессанты.

3 Многие пациенты прерывают прием при отсутствии быстрого эффекта или же нерегулярно принимают лекарства.

Важно помнить, что проведены многочисленные исследования, подтверждающие высокую эффективность и безопасность современных антидепрессантов. Урон, наносимый депрессией эмоциональному и материальному благополучию человека, по тяжести несопоставим с незначительными и легко устранимыми побочными эффектами,

которые иногда возникают при применении антидепрессантов.

Следует помнить, что терапевтический эффект антидепрессантов нередко наступает только через 2-4 недели после начала приема.

Психотерапия

Методом первого выбора в лечении панического расстройства является когнитивно-бихевиоральная психотерапия, доказавшая свою высокую эффективность в многочисленных исследованиях. В качестве основного механизма панического расстройства когнитивно-бихевиоральный подход рассматривает катастрофическую интерпретацию телесных ощущений - ошибки мышления. В ходе когнитивно-бихевиорального лечения пациент обучается следующим важным навыкам: выявлять свои мысли, которые запускают тревогу и катастрофизацию. Эти мысли, как правило, плохо осознаются, а зачастую и просто отрицаются самими пациентами. В развитии навыка выявления негативных мыслей

необходима помощь специалиста; оценивать негативные мысли с точки зрения их реалистичности и изменять их на более конструктивные, полнее отражающие реальности и не провоцирующие неадекватную тревогу; нормализовать образ жизни и устранять типичные для данного пациента провоцирующие факторы (хронические перегрузки, плохая организация труда и отдыха, злоупотребление крепким кофе, курением и алкоголем и др.); сохранять активный образ жизни и противостоять избеганию, используя полученные в ходе терапии навыки совладания с тревогой; преодолеть стыд за собственную тревожность, не скрывать от близких свои проблемы и эффективно пользоваться поддержкой окружающих.

Что обычно препятствует обращению за психотерапевтической помощью?

- 1 Низкая информированность людей о том, что такое психотерапия.
- 2 Убежденность в соматической природе заболевания, что заставляет больных паническим расстройством искать помощи у врачей-интернистов.
- 3 Страх посвящения постороннего человека в личные, интимные переживания.
- 4 Скептическое отношение к тому, что "разговоры" могут иметь ощутимый лечебный эффект.
- 5 Представление о том, что с психологическими трудностями нужно справляться самому, а обращение к другому человеку является признаком слабости.

Исследования показывают, что курс когнитивной психотерапии значительно снижает риск повторения панических приступов и позволяет нормализовать социальную жизнь.

Современные методы психотерапии

ориентированы на краткосрочную (10-30 сеансов в зависимости от тяжести состояния) эффективную помощь. Вся информация, которую психотерапевт получает на сеансе, строго конфиденциальна, и остается в тайне. Профессиональный психотерапевт специально подготовлен к работе с тяжелыми переживаниями и трудными жизненными ситуациями других людей, он умеет их уважать и оказывать помощь в совладении с ними. У каждого человека в жизни бывают ситуации (например, такие, как болезнь), с которыми он не может справиться самостоятельно. Умение обратиться за помощью и принять ее является признаком зрелости и рациональности, а не слабости.

С уважением, Александр Проказов, врач психотерапевт, очно и онлайн, мои сайты: "Психотерапия для всех":

psixoterapia2003.narod.ru

psihoterapijadljavseh.ru; Врач психотерапевт онлайн

vrach-psihoterapevt-onlajn.ru;

Психотерапевтонлайн.рф;

Вегетососудистая дистония
vegetososudistaja-distonija.ru

РЕКОМЕНДАЦИИ БОЛЬНЫМ С ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Помните, что неприятные физические симптомы - это лишь усиленная форма ваших нормальных реакций при стрессе или страхе; они не опасны для жизни и не вредны для здоровья.

Помните, что гипервентиляция легких (учащенное дыхание) способствует усилению других вегетативных симптомов. Наряду с другими мерами, предотвращению приступа может способствовать замедление дыхания до одного вдоха в 8 секунд.

Напоминайте себе, что тревога - нормальное явление человеческой жизни; ее испытывают все люди без исключения. Чрезмерный страх и тревога основаны на ошибочных мыслях и умозаключениях. Задача заключается в том, чтобы изменить стиль мышления.

Помните, что паническое расстройство успешно лечится современными методами. Старайтесь не откладывать обращение за помощью к специалисту.

Старайтесь не идти на поводу у желания избегать пугающих ситуаций, сохранять разумную социальную активность (посещать публичные места, пользоваться общественным транспортом и т.д.).

Психологическая консультация Московского НИИ психиатрии МЗ РФ
оказывает комплексную медико-психологическую помощь
пациентам с тревожными и депрессивными расстройствами.
Справки и запись по телефону: 963-76-82

