

## ПАНІЧНІ РОЗЛАДИ: ЯК ДОПОМОГТИ ХВОРОМУ ПОДОЛАТИ СКЛАДНУ ПРОБЛЕМУ

Н. М. Zal.

Panic disorder: how to help the patient cope with a crippling problem. Consultant 1996;  
36(1): 97-106.

Клінічні прояви панічних розладів (ПР) є різноманітними. Вони можуть нагадувати гострий інфаркт міокарда, гастроентерологічні та неврологічні захворювання. Симптоми нерідко повністю охоплюють та інвалідизують пацієнта. Яскравим мірилом впливу захворювання є зростання ризику самогубства у 18 разів.

Чи лежать ПР в основі багатьох скарг, які знову і знову спонукають хворого звертатись по допомогу до лікаря? Для того, щоб допомогти Вам зрозуміти ключові моменти, я спробую описати типові симптоми, звичайний клінічний перебіг і запропонувати діагностичні критерії. Я також зроблю огляд терапевтичних підходів.

### ЩО ТАКЕ ПАНІЧНІ РОЗЛАДИ?

Синдром, який до початку 80-х років не визнавали як окрему клінічну одиницю, характеризується частими приступами раптового і сильного відчуття тривоги, які звичайно тривають 10-20 хвилин. Пояснити об'єктивні прояви нерідко виявляється неможливим.

Окремі пацієнти добре почувають себе в періоди між приступами ПР. В інших наростають тривога, напруження і боязливість. Панічні розлади стають інвалідизуючими, коли бажання уникати всього домінує, хворий перестає працювати, не виконує соціальних обов'язків, скорочує всі види своєї звичайної діяльності.

**Частота виникнення.** Оцінки частоти виникнення ПР коливаються; згідно з одним повідомленням, вона сягає у популяції 5%.

Панічні розлади починаються найчастіше у пізньому підлітковому та ранньому дорослому віці. Середній вік початку ПР складає 26.3 року. Вони є характернішими для жінок, ніж для чоловіків, особливо для розлучених і самотніх. Близькі родичі пацієнтів з ПР мають значно більший ризик (до 30%). Частота ПР є вищою в однойцевих, ніж у різнояцевих близнят.

Панічні розлади трапляються у людей з будь-яким рівнем освіти. Втім, рівень освіти пацієнта може вплинути на симптоми і характер захворювання.

Щоб пояснити патогенез ПР, пропонували багато теорій. Біологічні теорії припускають наявність певної фізичної вразливості чи навіть розгорнутого дефекту.

Згідно з психологічною теорією, розрізняють три сприяючі фактори: виникнення тривоги самотності в дитинстві, раптова втрата близької особи і стресові життєві події.

Анамнез хворих звичайно свідчить, що вони були несамостійними, поведінково пригніченими дітьми, які важко переносили ситуацію, коли були окремо від матері. У них часто виникала боязнь школи. Втрата близької особи внаслідок смерті, розпад сім'ї або переїзд у

нове місце проживання — характерні теми. Втрачена особа часто була важливим психологічним якорем для пацієнта.

Стрес, зокрема той, що загрожує або зменшує почуття емоційної безпеки, також є важливим етіологічним фактором. В одному дослідженні більше 80% пацієнтів перенесли незвичайну стресову ситуацію незадовго до першої панічної атаки. Приводом для початку ПР часто є великі зміни вдома і в сім'ї, такі, як розлучення, розрив зв'язків, втрата або народження дитини. До таких подій належить також просування по службі.

Панічні розлади часто починаються в ранньому дорослому або пізньому підлітковому віці — у період вибору, змін і розлучень. Чи мають щось спільне ПР зі стресами перехідного періоду? Базуючись на тому, що відомо про ці біологічні або психологічні фактори, вважаю, що ПР є результатом специфічних стресових подій у житті, особливо розлучень і втрат, а в окремих випадках — із специфічною генетичною або набутою біологічною схильністю.

## ДІАГНОСТИКА

**Ключові критерії.** У діагностичному і статистичному керівництві з психічних розладів, 4-ому виданні (DSM-IV), наведено критерії діагностики панічних розладів. Повторні приступи діагностують тоді, коли після принаймні одного приступу протягом місяця не минають постійна схвильованість можливістю іншого приступу і його наслідків та стійкі зміни поведінки. Приступи є несподіваними, нічим не спровоковані, не є наслідком іншого загального захворювання або проявом психічних розладів. Хворий звичайно почуває схвильованість, має принаймні 4 симптоми фізичної або соматичної тривоги і/або страх стати повністю безпорадним або втратити контроль над собою під час приступів.

**Анамнез і обстеження** повинні охоплювати як психічний, так і соматичний статус пацієнта. Мета — з'ясувати, які розлади — психічні чи соматичні — лежать в основі виникнення симптомів. Чи були у членів сім'ї хворого тривога, депресія, алкоголізм? Чи були у пацієнта епізоди депресії? Чи є у нього/неї інші розлади тривоги (фобії), психози, органічні мозкові синдроми, соматоформні розлади? Чи було в анамнезі вживання токсичних речовин?

Базове обстеження включає аналіз крові, дослідження електролітів, аналіз сечі та ЕКГ. Я також оцінюю вміст гормонів щитовидної залози, оскільки розлади її функції можуть проявлятися тривогою і депресією.

**Найважливіші симптоми.** Пацієнти з панічними розладами звичайно скаржаться на сильну тривогу або на чотири з таких симптомів:

- серцебиття;
- нестача повітря;
- біль у грудях (звичайно в молодих осіб, не пов'язаний з фізичним навантаженням);
- відчуття ядухи або стискання в грудях ;
- запаморочення або хитання;
- оніміння або відчуття колючого болю;
- раптове виникнення почуття паління або холоду;
- пітливість;
- тремтіння або почуття «трусу»;
- нудота, діарея або шлунково-кишкові розлади;
- слабкість або передсинкопальні стани;
- деперсоналізація або дереалізація (коли навколишній світ здається незнайомим або емоційно незначущим);
- страх втратити розум, контроль над собою або померти;
- почуття неминущої приреченості.

Етнічні та культурні особливості можуть вплинути на клінічні симптоми. У Латинській Америці і в країнах Південної Європи хворі з ПР частіше скаржаться на ядуху, відчуття стискання в грудях і страх смерті. Уникнення громадських місць є поширеним у північних регіонах Європи і в Північній Америці. Ескімоси в Гренландії зауважують раптову появу тривоги, запаморочення або страху смерті під час рибальства в спокійних водах. У Південно-Східній Азії хворі розповідають про страх від того, що їхні геніталії повернуться в тіло і внаслідок цього вони помруть.

**Великий імітатор.** Панічні розлади нагадують багато органічних захворювань і продукують різноманітні соматичні симптоми, внаслідок чого діагноз можна встановити неправильно. Вірогідно, дуже багато з пацієнтів, які звертаються до медиків, страждають від ПР.

Зв'язок між синдромом подразнених кишок і ПР є особливо цікавим. Тригером цього синдрому можуть бути тривога, напруження або емоційний стрес. Подібно до ПР, він з'являється в пізньому підлітковому або ранньому дорослому віці, частіше в жінок, ніж у чоловіків. У 1986 році повідомляли про 5 пацієнтів, у яких ПР перебігали з клінікою синдрому подразнених кишок. Симптоми обох уражень зникли на фоні медикаментозної корекції ПР. Додаткові дослідження подібних кореляцій мали б цікаві наслідки для клінічної практики.

**Природа панічних епізодів.** На відміну від генералізованої тривоги, ПР починаються раптово. Симптоми досягають свого піку протягом 10-20 хвилин. Тривалість приступу рідко коливається в конкретного пацієнта.

Дуже рідко приступи продовжуються кілька годин. Особа, яка повідомляє про паніку, що триває години або дні, звичайно плутає свої відчуття з залишковими проявами справжнього приступу або страждає на інше захворювання.

В окремих осіб ПР розвиваються, коли вони потрапляють у специфічні, передбачувані умови або коли зустрічаються з певними предметами, такими, як ліфти, мости, змії, за особливих соціальних обставин. Ці приступи є результатом фобічних, а не панічних розладів.

**Тривога очікування.** Ступінь боязливості або тривоги в період між приступами розрізняється. Коли пацієнт звертає увагу лише на страх нового приступу, виникає тривога очікування.

Якщо пацієнти бояться нових приступів, природним є виникнення хронічної тривоги очікування. Вона має риси генералізованої тривоги, включаючи постійне рухове напруження, вегетативну гіперактивність, надмірну пильність, і початкові порушення сну. Але підстав для додаткового діагнозу генералізованих тривожних розладів немає.

Інколи хворі зауважують фізикальні відчуття, які інтерпретують як знак неминучого приступу. Звичайно це порушення відчуття, яке може бути насправді пов'язане з незначними метаболічними змінами, зумовленими фізичним навантаженням, втомою або прийомом кофеїну. Навіть відчуття, що породжуються статевою активністю, можуть виявитись загрозливими для уразливих пацієнтів.

**Поведінка уникнення.** Особи, які страждають від панічних приступів, часто поведуться так, щоб якимсь магічним чином уникнути їх. Наприклад, якщо ПР з'являються під час автомобільної їзди в певних місцях або здійснення покупок у певному супермаркеті, то хворі намагаються уникнути обставин, при яких виникають приступи.

Пацієнти уникають місць, звідки, як вони вважають, буде важко врятуватись або де їм ніхто не зможе допомогти. Отже, з'являється вторинна агорафобія (страх відкритого простору), яку лікувати виявляється важче, ніж первинні ПР.

Хворі повинні розуміти, що панічні приступи неможливо передбачити, що вони безпосередньо не пов'язані з певною ситуацією. Приступи можуть виникати в найбезпечніших місцях і при найспокійніших обставинах, наприклад, під час сидіння і читання у власному домі.

## КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ

**Нисхідна спіраль.** Вважають, що ПР — це прогресуючий стан, що має 5 стадій (хоча не у всіх пацієнтів чітко простежуються всі стадії). В окремих хворих спочатку виникають нерозгорнуті приступи з тривогою або без неї, лише з кількома характерними для ПР симптомами. В другій стадії приступи складаються з чотирьох або більше симптомів, але їх частота не відповідає критеріям.

У третій стадії пацієнт заглиблюється у роздуми про своє здоров'я, боїться серйозного захворювання, повторно відвідує лікаря. У четвертій стадії наявні всі діагностичні критерії ПР, а в п'ятій з'являється поведінка уникнення, яка прогресує до агорафобії.

**Шляхи перебігу.** В окремих пацієнтів настає спонтанна ремісія, яка триває роками; симптоми виникають лише під час екстремальних ситуацій. Інші хворі, в яких припинились ПР, залишаються протягом певного часу охопленими тривогою очікування. Ще в інших залишаються певні симптоми і легкі приступи.

У багатьох пацієнтів зберігається агорафобія та прив'язаність до дому або інші прояви поведінки уникнення. Окремі намагаються самостійно лікуватись алкоголем або препаратами. В інших спостерігається іпохондрія або соматичний розвиток, коли вони постійно бояться якогось симптому або очікують неприємних відчуттів з певної частини тіла.

## ЛІКУВАННЯ

Після багатьох років непевності тепер хворим з ПР вже можна надати певну допомогу. Є методи психотерапевтичної і фармакологічної корекції. Продовжується обговорення того, який підхід є найефективнішим. Вважаю, що найліпше індивідуалізувати лікування. Оптимальна терапія може відтак поєднувати заспокоєння та пояснення, динамічну і когнітивну поведінкову психотерапію, психофармакологію.

Хворим, які прагнуть подолати ПР, можна дати допомогу і надію. Переконайте пацієнта і членів сім'ї, що ПР мають біологічну основу і що уражені є генетично схильними до цього. Багато хворих відзначають полегшення, коли їх «розуміють», і задоволені тим, що вони не «божевільні». Таке пояснення зменшує також відчуття вини хворого. Можна також запропонувати медикаментозне лікування, психотерапію та поведінкову терапію.

Пам'ятайте, що контакт з пацієнтом є надзвичайно важливим і сильним моментом лікування.

**Заспокоєння і пояснення.** Пацієнти і члени сім'ї повинні знати, що ПР не є виною хворого і проявом його незрілості. Потрібно чітко пояснити, що приступ припиниться сам і не призведе до смерті, психозу чи постійної втрати контролю.

Спробуйте запобігти розвитку поведінки уникнення шляхом наголошення, що ПР виникає раптово. Підкресліть, що місце або ситуація, пов'язані з приступом, є повністю випадковими, не мають до приступу жодного відношення, і тому їх не потрібно уникати. Також поясність, що тривога очікування не запобігає новому приступу.

**Психотерапія.** Лікування спрямоване не те, щоб чітко встановити і дослідити значення специфічних стресорів у житті пацієнта. Хворих заохочують уточнити і зрозуміти їх особливі емоційні потреби, не боятись своїх відчуттів. Мета полягає в тому, щоб допомогти їм з'ясувати питання залежності і незалежності, відповідальності і самовпевненості. Окремі з них потребують знайти нові методи подолання своїх внутрішніх конфліктів. Терапія може допомогти пацієнтові також сформулювати більш незалежний і відповідальний стиль життя.

Когнітивна поведінкова терапія. Вона базується на припущенні, що повторні панічні приступи стають стійкими внаслідок замкнутого кола «страх страху», в якому хворі починають очікувати фізикальних симптомів тривоги. Визначи, що біологічна відповідь на стрес є по-

чатковим триггером панічних приступів, це лікування визнає, що катастрофічне порушення відчуттів вегетативного походження активує відповідь у формі страху, сприяє подальшим приступам у біологічно і психологічно вразливих осіб.

Пацієнтам можна пояснити суть циклів «страх страху». Когнітивна перебудова допомагає їм змінити порушені типи мислення, зменшити гіперстимуляцію, запобігти неправильній інтерпретації симптомів тривоги. Вони, наприклад, починають розуміти, що твердження, подібні до «я не зможу» або «щось жахливе має статись», є самознищувальними і деструктивними. Вони засвоюють, що такі думки, як «у мене серцевий приступ», «я втрачаю контроль», «я помру», неправильні.

Терапію шляхом модифікації поведінки можна здійснювати в кабінеті лікаря. Наприклад, методи деондиціонування (deconditioning) допомагають усунути страх відчуттів тривоги шляхом поступової експозиції до цих відчуттів. In vivo десентизація допомагає хворим з агорафобією та іншою поведінкою уникнення. Ця методика примушує їх боротись зі своїм страхом.

В окремих випадках ефективними є додаткові заходи (редукція стресу, релаксаційне тренування, групова психотерапія, гіпноз, біологічний зворотній зв'язок, медитація). Дихальні вправи і тренування дають змогу уникнути гіпервентиляції.

**Фармакотерапія.** Препарати, що застосовуються при депресії та інших тривожних розладах, блокують також панічні атаки. Для цього використовують потужні середники бензодіазепінового ряду та антидепресанти (трициклічні, інгібітори моноамінооксидази, інгібітори зворотнього захоплення серотоніну). Ефективність цих агентів доводить правдивість нейробиологічної моделі ПР.

**Бензодіазепіни.** Ці середники починають діяти скоріше, ніж антидепресанти, і мають менш подразливі побічні ефекти. Алпразолам — це єдиний препарат, специфічно показаний хворим з ПР; він діє швидко і часто дає результат вже протягом першого тижня. Він допомагає також усунути тривогу очікування. Доза коливається від 1.5 до 10 мг на добу. Оскільки алпразолам є короткодіючим препаратом з часом напіввиведення 4—18 годин, тривога між прийомами ліків може бути проблемою. Для її усунення рекомендують призначати препарат до 4 раз на добу.

Так само, як і з іншими бензодіазепінами, симптоми відміни (включаючи судоми), можуть з'являтися на більших дозах. Не припиняйте лікування алпразоламом раптово. Відмініайте його поступово, не більше 0.5 мг за 3—4 дні.

Найпоширенішою побічною дією є седація і почуття затуманення. Атаксія і ковтаюча мова, болі голови і депресія також можуть виникнути. Порадьте пацієнтам утримуватись від алкоголю та інших депресантів центральної нервової системи.

Клоназепам, потужний препарат з групи бензодіазепінів, який рекомендують при малих приступах рухової епілепсії, також застосовують для запобігання ПР. Середні добові дози складають 0.5—2 мг.

Оскільки клоназепам діє тривало, втрачається необхідність кількаразового призначення препарату і небезпека тривоги в періоди між його прийомами. Його час напіввиведення 100—200 годин; відтак дозу клоназепаму можна зменшити більш поступово, ніж алпразоламу, і з мінімальними симптомами відміни. До побічних ефектів належать седація, нестійкість, психомоторні розлади.

Клоназепам можна замінити на алпразолам у хворих з тривогою між прийомами ліків. Доцільно призначити 0.5—2 мг клоназепаму разом з четвертою частиною добової дози алпразоламу. Під час першого тижня алпразолам можна застосовувати згідно з потребою і потім відмінити. Після цього збільшують дозу клоназепаму до усунення симптомів.

Для запобігання панічним приступам застосовують також лоразепам у достатньо високих дозах (звичайно 6 мг на добу).

Є певна можливість розвитку залежності або зловживання потужними бензодіазепінами. Втім, у хворих з ПР це не є істотною проблемою, за винятком випадків супутніх розладів особи або анамнестичних даних про вживання токсичних речовин.

**Трициклічні антидепресанти.** Ці препарати були першими, які виявились ефективними при ПР. Іміпрамін і дезипрамін є найліпше вивченими засобами з цієї групи.

Рівні трициклічних антидепресантів у крові зростають повільно. Лише через 3—4 тижні після початку лікування вони починають давати ефект. Ці препарати діють значно повільніше, ніж бензодіазепіни; втім, через 8 тижнів їх ефективність у запобіганні панічним приступам не поступається бензодіазепіновим похідним.

Доцільно уникати трициклічних антидепресантів при анамнестичних даних про гострокінцеву глаукому кута ока, виражену гіпертрофію простати, порушення серцевої провідності. Рекомендують до початку лікування здійснити фізикальне обстеження та ЕКГ. До побічних ефектів належать гіпотензія, надмірна стимуляція, наростання ваги тіла, прояви холінолітичної дії (сухість у роті, порушення чіткості зору, запори, затримка сечі).

**Селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну.** Ці популярні антидепресанти також є ефективними при ПР. Менший побічний вплив на серцево-судинну систему, відсутність холінолітичної активності або втрати ваги визначають перевагу цих середників над трициклічними антидепресантами, зокрема, при супутній депресії.

Недоліками можуть бути тривога і нервозність на початку лікування. Їм можна запобігти шляхом поступового титруючого зростання дози, а також призначення незначної дози алпразоламу під час першого тижня терапії. Згідно з моїми спостереженнями, пароксетин не має активуючих побічних ефектів, які виникають при прийомі інших антидепресантів.

Нудота, нервозність, безсоння, статеві дисфункції (зменшене лібідо і порушення еякуляції), а також біль голови є поширеними побічними ефектами. Втім, препарати цієї групи дають низький рівень летальності при передозуванні і мають слабку властивість викликати судоми.

**Інгібітори моноамінооксидази.** Такі препарати, як фенелзін сульфат, можуть запобігати панічним приступам і є найпотужнішими засобами корекції поведінки агорафобічного уникнення. Незважаючи на це, їх досі вважають препаратами другого вибору, враховуючи необхідність одночасних обмежень у дієті та небезпеку токсичної дії.

Під час прийому інгібіторів моноамінооксидази хворі повинні уникати продуктів, що містять тирамін, таких, як перетриманий сир, червоне вино, бобові. Взаємодія з симпатоміметичними агентами (ефедрином, фенілефрином, фенілпропаноламіном) і наркотиками (меперидин) може також стати проблемою. Потенційними наслідками є гіпертензивний криз та інсульт.

До побічних ефектів належать постуральна гіпотензія, статеві дисфункції, наростання ваги тіла. Фенелзін дозою 15-90 мг на добу допомагає подолати ПР. У випадках, коли планується зміна терапії трициклічними антидепресантами на інгібітори моноамінооксидази чи навпаки, потрібно почекати принаймні два тижні, оскільки поєднана дія цих агентів може викликати гіпертензивний криз. Ці препарати не можна комбінувати із селективними інгібіторами зворотнього захоплення серотоніну.

Нещодавно з'явилося нове покоління інгібіторів моноамінооксидази, відоме як зворотні інгібітори моноамінооксидази А. Хоча ці препарати досі залишаються на стадії вивчення в США, в Європі вони вже успішно застосовуються для лікування ПР. Середники з цієї групи, до яких належать моклобемід і брофаромін, істотно зменшують ризик серйозних побічних ефектів, характерних для інших неселективних інгібіторів моноамінооксидази.

**Мистецтво медикаментозного лікування.** Коли вирішується питання про вибір препарату в конкретного пацієнта, потрібно з'ясувати багато проблем. Зважають супутні стани, такі, як депресія, генералізована тривога, токсичні зловживання. Оцінюють здатність пацієнта переносити побічні ефекти і реагувати на повільне настання ефекту від лікування.

Загалом, трициклічні антидепресанти та селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну дають добру реакцію — зокрема, коли в основі лежить депресія. Проте швидке настання дії та мінімальні побічні впливи роблять корисними бензодіазепіни.

Препарати з групи бензодіазепінів можна застосовувати окремо або короткотривало у поєднанні з антидепресантами з поступовим зменшенням дози після отримання ефекту. Такий підхід дає змогу уникнути початкової тривоги і/або загострення ПР, що трапляється при монотерапії трициклічними антидепресантами або селективними інгібіторами зворотнього захоплення серотоніну.

Незалежно від обраного препарату, лікування звичайно триває впродовж 6—12 місяців після припинення панічних приступів, а потім поступово припиняється. Більшість пацієнтів добре відповідають на фармакотерапію, і в них довго зберігається ефект. Продовження пояснювальної роботи з хворим і поведінкової когнітивної терапії також сприяє підтриманню ефекту препарату. Втім, у деяких пацієнтів зберігаються залишкові симптоми і є небезпека нових приступів після припинення лікування. Ці проблеми зумовлені низкою факторів.

Фактори, пов'язані з пацієнтом, — це супутні психіатричні проблеми, які потрібно врахувати при доборі препаратів, а також розлади особистості і сімейні проблеми. Неліковані когнітивні фактори і чутливість до тривоги (наприклад, неправильна інтерпретація пацієнтом відчуттів свого тіла або цикл «страх страху») можуть зумовити відсутність успішного результату лікування, сигналізуючи про потребу в когнітивній поведінковій терапії.

Супутні соматичні проблеми можуть також вимагати лікування і уваги. Гіпертироз або препарати, що викликають тривогу (наприклад, окремі бронходилататори), інколи викликають постійний дистрес. Хвороба коронарних артерій також провокує або імітує тривогу.

Фактори, пов'язані з медикаментами, що зумовлюють неповну відповідь або відсутність ефекту, — це неадекватне дозування, частота або тривалість лікування, а також погана піддатливість до лікування внаслідок побічних ефектів. Негативне ставлення до медикаментів, як з боку пацієнта, так і лікаря, також може породжувати недостатній результат терапії.

Всі ці моменти підкреслюють необхідність адекватного психіатричного і соматичного обстеження, а також складання індивідуалізованого плану лікування.

*Переклав О. Жарінов*