

# **Смешанное тревожное и депрессивное расстройство**

# Определение

- Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (СТДР), шифр F41.2 по МКБ-10, по DSM – IV диагностический класс «Тревожные расстройства» – душевное заболевание, которое характеризуется проявлениями как тревожного компонента, и так депрессивного, **но по отдельности ни один из симптомов не является отчетливо доминирующим** в течении заболевания.
- Данная нозология относится к расстройствам **невротического** спектра, то есть психогенно обусловленным болезненным состояниям, характеризующимся парциальностью и эгодистонностью многообразных клинических проявлений, осознанием болезни и отсутствием изменений самосознания личности.

# Биологические теории этиологии СТДР

- Низкий уровень серотонина (одно из названий данной нозологии - депрессия, связанная с серотонином);
- Низкое количество моноаминовых рецепторов;
- Нарушение реаптейка серотонина и норадреналина;
- Изменения в синаптической передаче вследствие недостаточного поступления с пищей триптофана (предшественник серотонина) и кальция (ионы  $Ca^{2+}$ , накапливаясь в пресинаптической мембране, заставляют высвободиться серотонин);
- Поражение или дисфункция голубого пятна ствола мозга;
- Тиреотоксикоз.

# Психологическая теория этиологии СТДР

**Психоаналитическая теория** рассматривает данное расстройство как сигнал появления неприемлемой, запретной потребности, или импульса (агрессивного либо сексуального), которые побуждают индивида бессознательно предотвращать их выражение. Симптомы тревоги рассматриваются как неполное сдерживание («вытеснение») неприемлемой потребности.

**С позиций бихевиоризма** расстройство возникает как условно-рефлекторная реакция на болезненные или устрашающие стимулы, а в дальнейшем тревожная реакция может возникать и без стимула.

**Когнитивная психология** делает акцент на ошибочных и искаженных мыслительных образах, предшествующих появлению симптомов тревоги

# Пусковые факторы СТДР

- Внезапное изменение социального статуса;
- Острая психотравмирующая ситуация, значимая для конкретной личности;
- Пролонгированный стресс;
- Конфликтная ситуация в семье или трудовом коллективе;
- Соматические заболевания;
- Смерть близкого человека/родственника.

# Клиническая картина

**В клинике СТДР имеют место одновременные проявления тревожного и депрессивного расстройства. К ним относятся:**

- подавленное настроение, не зависящее от обстоятельств, в течение длительного времени (от двух недель и более);
- ангедония — потеря интереса или удовольствия от ранее приятной деятельности;
- выраженная утомляемость, «упадок сил»,

- чувство вины, бесполезности;
- заниженная самооценка;
- неспособность концентрировать внимание и принимать решения;
- мысли о смерти и/или суицидальные тенденции, возможны истинные суицидальные попытки;
- расстройства пищевого поведения (снижение или повышение аппетита);
- диссомния (как инсомния, так и пересыпание) – чаще всего пациент испытывает трудности с засыпанием и пробуждением одновременно – «с трудом засыпаю и с

- беспричинные либо необъяснимо частые опасения за своё состояние здоровья;
- моторное напряжение (суетливость, головные боли напряжения, дрожь, невозможность расслабиться);
- вегетативная гиперактивность (потливость, тахикардия или тахипноэ, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту, приступы апноэ);
- навязчивые мысли о будущем, чувство вины и безысходности;
- лиссомания – «страх сойти с ума» (пациенты под этим страхом чаще всего подразумевают усиление тревоги);
- кошмарные сновидения.

# Диагностика

- Для диагностики СТДР необходимо наличие тревожного и депрессивного компонента **без чёткого доминирования** одного из них. Симптомы на момент постановки диагноза должны присутствовать не менее 4 недель.
- Необходимо отдельно оценить степень выраженности тревоги и выраженность депрессии.

# ***Диагностические критерии тревоги***

Согласно МКБ-10, для постановки диагноза «тревожное расстройство» у больного должны быть первичные симптомы тревоги дольше 4 недель. Эти симптомы включают в себя:

- 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,

# **Наличие двух основных симптомов и не**

**менее**

**трёх дополнительных говорит о**

**Основные депрессии** **Дополнительные**

- Подавленное настроение, не зависящее от обстоятельств, в течение длительного времени (от 2 недель и более).
- Ангедония - потеря интереса или удовольствия от ранее приятной деятельности.
- Повышенная утомляемость, «упадок сил», характеризующиеся стабильностью.
- Нарушения сна.
- Чувство вины.
- Низкая самооценка.
- Трудности в сосредоточении внимания.
- Возбуждение или заторможенность движений и речи.
- Расстройства аппетита.
- Суицидальные мысли или действия.
- Снижение полового влечения.

# Диагностические шкалы

- Для диагностики СТР основным методом является клинико-патопсихологический, при котором работу врача значительно облегчают психометрические тесты и шкалы.
- К ним относятся шкалы для диагностики депрессии и шкалы для диагностики тревоги, а также иные психометрические тесты для изучения личностных особенностей пациента.

# Шкалы для диагностики депрессии

- Шкала Бека;
- Шкала самодиагностики депрессии Занга (в адаптации Т. Балашовой);
- Шкала Гамильтона (HDRS);
- Опросник большой депрессии;
- Шкала HADS (как для диагностики тревоги, так и

## Geriatric Depression Scale (Short Form)

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Instructions: Choose the best answer for how you felt over the past week.*

No.	Question	Answer	Score
1.	Are you basically satisfied with your life?	YES / NO	
2.	Have you dropped many of your activities and interests?	YES / NO	
3.	Do you feel that your life is empty?	YES / NO	
4.	Do you often get bored?	YES / NO	
5.	Are you in good spirits most of the time?	YES / NO	
6.	Are you afraid that something bad is going to happen to you?	YES / NO	
7.	Do you feel happy most of the time?	YES / NO	
8.	Do you often feel helpless?	YES / NO	
9.	Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things?	YES / NO	
10.	Do you feel you have more problems with memory than most?	YES / NO	
11.	Do you think it is wonderful to be alive?	YES / NO	
12.	Do you feel pretty worthless the way you are now?	YES / NO	
13.	Do you feel full of energy?	YES / NO	
14.	Do you feel that your situation is hopeless?	YES / NO	
15.	Do you think that most people are better off than you are?	YES / NO	
TOTAL			

### Scoring:

Assign one point for each of these answers:

- |        |        |        |         |         |
|--------|--------|--------|---------|---------|
| 1. No  | 4. YES | 7. No  | 10. YES | 13. No  |
| 2. YES | 5. No  | 8. YES | 11. No  | 14. YES |
| 3. YES | 6. YES | 9. YES | 12. YES | 15. YES |

A score of 0 to 5 is normal. A score above 5 suggests depression.

### Source:

- Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J. Psychiatr. Res. 1983; 17:37-49.

# Шкалы для диагностики тревоги

- Шкала самооценки тревоги Занга;
- Шкала тревоги Спилбергера (STAI);
- Шкала ситуативно-социальной тревоги Кондаша;
- Шкала личностной тревоги Прихожана.



- Диагностические критерии менее чёткие, и скорее построены по принципу исключения. Симптоматика несет черты диффузной, размытой тревоги средней или слабой интенсивности, для которой характерно неопределенное беспокойство, постоянное во времени, однако могут возникать и пароксизмы тревожного аффекта чрезмерной интенсивности.
- Данный вариант тревожного состояния носит название «свободно плавающей тревоги». Неопределенное беспокойство при этом выражается в состоянии внутреннего напряжения, предчувствия несчастья и угрозы, которые часто провоцируются реальными незначительными конфликтами и фрустрирующими ситуациями.
- Постоянное внутренне напряжение приводит к сбоям в деятельности вегетативно-эндокринной системы, которая находится в постоянной возбуждении и готовности к борьбе и бегству, что, в свою очередь (по принципу порочного круга), увеличивает состояние внутреннего напряжения.

# Дифференциальная диагностика

- Генерализованное тревожное расстройство;
- Тревожное расстройство личности;
- Тревожная депрессия при ЧМТ (травма височной области);
- Органическое тревожное или депрессивное расстройство вследствие сосудистой патологии ГМ;
- Опухоли головного мозга;
- Эпилепсия (в первую очередь височная);
- БАР;
- Псевдодневротическая форма шизофрении;
- Тиреотоксикоз;
- ИБС;
- Острая реакция на стресс (длительность симптомов как диагностический критерий).

# Лечение

*Лечение СТДР состоит из трёх равноценных и равнозначимых методов:*

- **устранение или дезактуализация фактора, спровоцировавшего заболевание;**
- **фармакотерапия;**
- **психотерапия.**

# Фармакотерапия

- Медикаментозную терапию часто начинают с назначения короткого курса анксиолитиков бензодиазепинового ряда (диазепам, феназепам) с целью купирования тревожной симптоматики, нормализации сна и седации.
- Одновременно назначают антидепрессанты группы СИОЗС или СИОЗСН. Из этих препаратов выраженным противотревожным действием обладают такие препараты, как пароксетин, эсциталопрам, венлафаксин. Также возможно назначение антидепрессантов группы НаССА (миртазапин, миансерин), так как они обладают сильным антидепрессивным, седативным и анксиолитическим действием.

- Дополнительно назначаются т.н. «дневные» небензодиазепиновые анксиолитики (тофизопам, гидроксизин, буспирон) для купирования тревоги.
- В некоторых случаях назначаются антипсихотики с целью седации и нормализации сна, а также для уменьшения страхов и навязчивостей. Чаще всего применяются атипичи (арипипразол и кветиапин в малых дозах), но иногда и АПП (тиоридазин, хлорпротиксен, сульпирид).
- Могут применяться антиконвульсанты с нормотимическим эффектом в малых дозах (карбамазепин, вальпроаты), так как они уменьшают тревогу и её вегетативные проявления за счёт воздействия на ГАМКэргическую систему.

- Часто назначается «общеукрепляющая» терапия в виде витаминов группы В (в основном тиамин), нейрометаболических (ЭМГПС, актовегин) и ноотропов (пирацетам, гопантеновая кислота).
- При фоновой органической патологии назначается этиотропная терапия (корректоры мозгового кровообращения, спазмолитики, антиоксиданты).
- Для купирования вегетативного компонента тревоги эффективно применение бета-адреноблокаторов короткого действия (пропранолол), однако стоит помнить о том, что они имеют депрессогенный эффект

# Психотерапия

- Комбинация антидепрессантов и психотерапии представляет собой наиболее многосторонний и эффективный подход для лечения и очень значима также при лечении резистентных состояний с тенденцией к хроническому течению и частым рецидивам.
- Психотерапия может быть полезна, в частности, при психосоциальных или межличностных проблемах, внутриличностном конфликте.
- **Когнитивная психотерапия** помогает идентифицировать когнитивные искажения депрессивной природы, мысли, излишне болезненные и пессимистичные, препятствующие потенциально полезной активности.
- Есть и данные в пользу эффективности **психоанализа**: в мета-анализе трёх контролируемых испытаний психодинамическая терапия оказалась столь же эффективной, как и фармакотерапия.

- У пациентов с СТР обычно эффективно сочетание обучения релаксации с приёмами когнитивной терапии. Когнитивно-поведенческая терапия является наиболее опробованным методом среди различных методик психотерапии, используемых для лечения тревожных расстройств, и одним из наиболее эффективных методов, препятствующих возникновению рецидивов тревожной симптоматики.
- Эффективна и так называемая экспозиция к беспокойству, в ходе которой пациенты создают у себя живые мысленные образы пугающих ситуаций, связанные с наиболее тревожными для них мыслями, пытаюсь представить себе худший вариант событий, и удерживают эти образы перед мысленным взором как минимум 25—30 минут, а затем пытаются представить как можно больше альтернатив пугающему варианты развития ситуации