

*Т.А. Караваева^{1,2}, А.В. Васильева², Т.Ю. Семиглазова¹, А.П. Карицкий¹, Е.П. Лукошкина²,
А.М. Беляев¹*

Алгоритм диагностики тревожных расстройств невротического уровня у онкологических больных

¹ ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

² ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

В статье определены основные принципы диагностики пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня (тревожно-фобическими, паническим, генерализованным тревожным) у онкологических больных в соответствии с требованиями медицины, основанной на доказательствах. Приведены типичные клинические проявления, особенности и варианты течения заболеваний. Предложен алгоритм диагностики, охарактеризованы клинический, экспериментально-психологический, инструментально-лабораторный методы, выделены этапы диагностического процесса.

Ключевые слова: тревожно-фобические расстройства, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, тревога, тревожные состояния, невротические расстройства, алгоритм диагностики, дифференциальная диагностика

Современный этап зарубежной и отечественной медицины характеризуется повышенным вниманием к точной и качественной диагностике заболеваний и коморбидных нарушений, в частности, пограничных психических расстройств у больных с онкологической патологией, поскольку корректная и своевременная оценка состояния пациента позволяет выбрать оптимальную лечебную стратегию и тем самым повысить эффективность оказываемой помощи, улучшить качество жизни и течение основного заболевания. В первую очередь правильность верификации диагноза обеспечивается четким определением критериев диагностики, созданием понятных и воспроизводимых алгоритмов, позволяющих на разных этапах решать конкретные задачи [3].

Целью работы является разработка критериев и алгоритма диагностики тревожных расстройств невротического уровня на основе доказательных исследований.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных. Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE.

Глубина поиска составила 5 лет. Источники для анализа доказательств: обзоры опубликованных мета-анализов; систематические обзоры с таблицами доказательств.

У пациентов с онкологической патологией из коморбидных психических нарушений наиболее часто диагностируются тревожные расстройства невротического уровня, среди которых ведущее место занимают тревожно-фобические, паническое и генерализованное тревожное расстройства.

Тревожно-фобические расстройства (F40) – группа расстройств, в клинической картине которых преобладает боязнь определенных ситуаций или объектов (внешних по отношению к субъекту). В результате больной избегает таких ситуаций или переносит их, преодолевая чувство страха. Необходимо подчеркнуть, что фобическая тревога физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги; может варьировать по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса; не уменьшается от сознания того, что другие люди не считают данную ситуацию столь опасной или угрожающей; даже представление о попадании в фобическую ситуацию обычно вызывает тревогу предвосхищения [1,2,4,5,]. Среди онкологических пациентов часто формируются такие устойчивые фобии, как страх смерти, страх боли, страх медицинских манипуляций и противоопухолевого лечения, страх находиться одному, дисморфофобия (страх уродства), агорофобия, социофобия. Часто фобическая тревожность и депрессия у этих пациентов возникают одновременно. Решение о постановке двух диагнозов (тревожно-фобическое расстройство и депрессивный эпизод) или только одного принимается с учетом степени преобладания одного расстройства над другим, а также последовательности их возникновения.

Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) (F41.0) – одно из наиболее распространенных пограничных психических заболеваний, характеризующиеся рецидивирующими приступами резко выраженной тревоги (паники), не связанными с какими-либо

специфическими ситуациями или предметами, а, следовательно, непредсказуемыми и спонтанными. В основе их лежит срыв вегетативной регуляции, чаще всего спровоцированный длительным психическим напряжением, снижением толерантности организма к эмоциональной и физической нагрузке, ситуацией хронического стресса связанными с течением и лечением онкологического заболевания. Необходимо подчеркнуть, что приступы паники: не связаны с проявлением опасности или угрозы; не ограничиваются известной, предсказуемой ситуацией; возникают при обстоятельствах, не вызывающих объективную тревогу; не имеют ауру перед началом; перемежаются свободными от тревоги периодами между атаками; не являются следствием прямых физиологических эффектов, опосредованных действием какими-либо веществ (например, лекарственных или наркотических) [6,7].

В структуре тревожного синдрома выделяют 3 основных компонента: 1) непосредственно субъективные переживания т.е. симптом тревоги в собственном смысле; 2) страх ожидания приступа, поведение избегания; 3) вегетативные нарушения – «вегетативные кризы». Чаще симпатикотонические, реже смешанные и вагоинсулярные.

Типичная клиническая картина приступа. Характерное начало симптомами со стороны сердечно-сосудистой системы - с внезапно начавшегося «сильного сердцебиения», ощущения «перебоев», «остановки», дискомфорта или боли в области сердца. Большинство панических атак сопровождаются подъемом артериального давления, цифры которого могут быть достаточно значительными. Наиболее выраженные нарушения в дыхательной системе: затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха с одышкой и гипервентиляцией, «чувство удушья». Описывая приступ, пациенты сообщают, что «перехватило горло», «перестал поступать воздух», «стало душно». Именно эти ощущения заставляют больного открывать окна, балкон, искать «свежий воздух» [9]. Реже наблюдаются желудочно-кишечные расстройства, такие как тошнота, рвота, отрыжка, неприятные ощущения в эпигастрии. Как правило, в момент криза наблюдаются головокружение, потливость, тремор с чувством озноба, «волны» жара и холода, парестезии, похолодание кистей и стоп. В завершающей стадии приступа наблюдается полиурия или частый жидкий стул. Объективно определяются изменение цвета лица, частоты пульса, колебания АД, причем нередко обнаруживается диссоциация между субъективной регистрацией вегетативных нарушений больными и их выраженностью при объективном осмотре.

Генерализованное тревожное расстройство (F 41.1) – распространенная и устойчивая тревога и напряжение, не ограниченные или не вызванные преимущественно какими-либо особыми ситуациями («свободно плавающая тревога»). Возникая зачастую на фоне изначальной высокой личностной тревожности, усиленной самим фактом определения онкологической патологии, интенсивность и постоянство тревожных переживаний в дальнейшем может не зависеть ни от физического самочувствия, ни от характера лечения, ни от прогноза основного заболевания. Пациентам свойственны постоянные пессимистические мысли, ожидание неудачного, катастрофического развития событий, тревога по пустякам, когнитивные негативные искажения, невозможность использовать положительные подкрепляющие стимулы, большая часть переживаний содержательно связаны с онкологическим заболеванием, страхом смерти, экзистенциальными проблемами, нарушением социального функционирования.

Заболевание характеризуется хроническим или рекуррентным течением и может приводить к выраженной дезадаптации и повышенному суицидному риску, опасность которого и так характерна для больных с онкологическими заболеваниями. Необходимо подчеркнуть, что тревога длится не менее 6 месяцев; захватывает различные стороны жизни пациента, обстоятельства и виды деятельности; направлена преимущественно на предстоящие события; не поддается контролю, ее невозможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями; она несоразмерна актуальной жизненной ситуации пациента; нередко сопровождается переживаниями чувства вины, что часто лежит в основе суицидных мыслей и поведения [10,12,13].

Клиническая картина преимущественно представлена 3 характерными группами симптомов генерализованного тревожного расстройства. В первую очередь это эмоциональные и аффективные нарушения (психические симптомы) - беспокойство и опасения, которые пациенту трудно контролировать и которые длятся больше, чем обычно.

Ко второй группе симптомов относится моторное напряжение, которое может выражаться в мышечном напряжении, треморе, неспособности расслабиться, головной боли (обычно билатеральной и часто в лобной и затылочной областях), ноющих мышечных болях, ригидности мышц, особенно мышц спины и плечевой области.

Третья группа симптомов представлена гиперактивностью вегетативной нервной системы, которая выражается повышенным потоотделением, тахикардией, сухостью во рту, дискомфортом в эпигастрии и головокружением и другими симптомами вегетативного возбуждения [10,11,15].

Важность правильной и своевременной диагностики этой патологии, выбора адекватной терапевтической стратегии определяется не только медицинскими, клиническими аспектами, но и особенностями социальных последствий генерализованного тревожного расстройства у онкологических больных. По сравнению с другими заболеваниями тревожного спектра чаще выявляются существенные дезадаптирующие состояния, нарушающие все сферы жизни пациента, иногда до парадоксального, аутоагрессивного поведения - отказ от лечения онкологического заболевания, серьезных нарушений социального функционирования, избегания общения с родственниками, вплоть до полной изоляции, самоповреждающее или суицидальное поведение. Пациентам характерны неудовлетворенность жизнью и сознание катастрофического неблагополучия, сопоставимые с изменениями, выявляемыми при большой (эндогенной) депрессии, нередко присоединяется чувство вины, беспомощности, бессмысленности существования. Отмечается значительное снижение качества жизни (в значительно большей степени, чем это могло бы быть обусловлено течением и прогнозом онкологической патологии) по всем показателям общего и соматического здоровья, боли в теле (не связанные с опухолью), ощущение витальности, душевного нездоровья, выраженное нарушение ролевых и социальных функций. Все это приводит к повышению риска суицидального поведения, что должно учитываться специалистом, который занимается лечением пациента с онкологическим заболеванием, с коморбидными тревожными нарушениями [16,17].

Выделяют два типа течения генерализованного тревожного расстройства. При хроническом типе течения симптоматика присутствует постоянно и может иметь как непрерывный, так и волнообразный характер, когда возможны периоды незначительного улучшения самочувствия, но не до полного восстановления психического состояния, нивелирования тревоги. Колебания интенсивности проявления симптоматики могут зависеть как от внешних обстоятельств и усиливаться на фоне негативных переживаний, объективно связанных с актуальной ситуацией пациента (например, получением положительной или негативной информации о результатах исследования, прогнозе онкологического заболевания, терапевтической коррекции и побочных ее эффектах), так и быть не связанными с ними и происходить спонтанно.

Рекуррентное течение характеризуется периодическими периодами удовлетворительного самочувствия, которое может возникать, например, после проведенной психофармакотерапии. Но через различные периоды времени тревожная симптоматика возвращается повторно.

Генерализованное тревожное расстройство нередко предшествует развитию депрессивных расстройств. В этих случаях его рассматривают в качестве первичного расстройства с развитием вторичной депрессии [14].

Для диагностики тревожных расстройств невротического уровня применяются следующие методы:

1. Клинический метод (клинико-анамнестический аспект; клинико-психопатологический аспект; клинико-патогенетический аспект);

2. Экспериментально-психологический метод;

3. Инструментально-лабораторные методы - электроэнцефалографический, нейропсихологический.

Клинико-анамнестический метод направлен на выяснение факторов, принимавших участие в формировании преморбиды больных и в развитии психопатологических расстройств. Оценивается влияние биологических, соматических, социальных и психологических провоцирующих факторов в возникновении и поддержании патологического процесса. Изучается история возникновения, течения и предыдущий опыт лечения онкологической патологии, его результативность.

Клинико-психопатологический метод имеет целью описание психической патологии, выделение основных признаков заболевания (симптомов), выявления их структуры (синдромов) и динамики (синдромокинеза), а также определение отношения больного к своему заболеванию (как к психическому состоянию, так и основному онкологическому заболеванию) и к отдельным его проявлениям, связь психопатологических симптомов с симптомами основного заболевания

Клинико-патогенетический метод позволяет оценить механизмы возникновения пограничных психических расстройств и их клинических проявлений, выявить совокупность процессов, определяющих начало, течение и исход болезни с позиции биопсихосоциальной парадигмы развития заболеваний.

Для дифференциальной диагностики, оценки выраженности клинических проявлений, характеристики психологических особенностей, определения психотерапевтических мишеней целесообразно использовать экспериментально-психологический метод, который может включать в себя следующие методики.

Симптоматические опросники: опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90- Revised – SCL-90-R); шкала тревоги Бека (The Beck Anxiety Inventory – BAI); шкала тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS); шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI); интегративный тест тревожности (ИТТ).

Методики для психологической диагностики структуры личности: стандартизованный клинический личностный опросник ММРІ (адаптированный И.Н. Гильяшевой, Л.Н. Собчик и Т.Л. Федоровой (1982) – полный вариант ММРІ); методика «Я-структурный тест» Г. Аммона (ISTA), И. Бурбиль (2003).

Методики для исследования отдельных индивидуально-психологических особенностей личности: методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК); опросник для исследования личностных убеждений «Personal Beliefs Test» (Kassinove H., Berger A., 1984); многомерная шкала перфекционизма (Multidimensional perfectionism scale – MPS).

Методики для психологической диагностики факторов риска психической дезадаптации: методика «Индекс жизненного стиля» (Life style index); методика Е. Heim (1988); методика совладающего поведения (COPE); мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne decision making questionnaire, – MDMQ).

Методики для психологической диагностики системы значимых отношений: опросник для исследования межличностных проблем (Inventory of Interpersonal Problems (IP)); методика для исследования выраженности внутриличностных конфликтов, разработанная С. Ледером и сотр. (1973).

Скрининг панического расстройства. Шкала тревоги Шихана (ShARS). Разработана D.V. Sheehan в 1983 году. Это скрининговый тестовый инструмент для диагностики и самодиагностики расстройств тревожного спектра. Методика создана в 1983 году на основании выборки симптомов тревожных расстройств и панических атак и включает в себя наиболее распространённые проявления этих расстройств, в том числе соматические и вегетативные проявления тревоги. Шкала предназначена для использования на популяции взрослых лиц с установленным или предполагаемым расстройством тревожного спектра. Средний балл при паническом расстройстве и агорафобии составляет 57 ± 20 . Целью терапии должно быть достижение уровня тревоги ниже 20 баллов.

Для предварительной диагностики целесообразно использовать скрининговую методику на выявление генерализованного тревожного расстройства – опросник, который представляет собой шкалу самооценки, включающую семь вопросов. Пациенту предлагают оценить выраженность следующих проявлений в течение последних 2 недель: 1) переживание тревоги, нервозности или ощущение «на грани срыва»; 2) отсутствие возможности прекратить или контролировать тревогу; 3) сильное беспокойство по различным поводам; 4) трудность расслабления; 4) неусидчивость; 5) раздражительность

и несдержанность; 6) тревожные предчувствия пугающих событий.

Каждый симптом оценивают по выраженности от 0 до 3 баллов. Полученная сумма отражает общий уровень тревожности пациента: 0-4 – минимальный уровень тревожности; 5-6 – умеренный уровень тревожности; 10-14 – средний уровень тревожности; 15-21 – высокий уровень тревожности. Средняя выраженность у больных ГТР составляет 14,4 балла.

Алгоритм диагностики.

Диагностику и верификацию тревожно-фобических, панического или генерализованного тревожного расстройств проводит врач-психиатр, врач-психотерапевт, используя комплекс методов для определения наличия диагностических критериев указанных заболеваний и дифференциальной диагностики с другими патологическими состояниями, учитывая также данные, получаемые от других специалистов (медицинских психологов, социальных работников, врачей других специальностей – онкологов, терапевтов).

На первом этапе тщательно оцениваются особенности клинических проявлений, выраженность тревожных нарушений, их длительность и связь с актуальными жизненными обстоятельствами пациента, характерную динамику, взаимозависимость с основным онкологическим заболеванием, его течением, имеющимися осложнениями, терапией, побочными эффектами, прогнозом. Особое внимание обращается на риск суицидального поведения. Информативными являются данные о предыдущем назначенном лечении тревожных нарушений и его результатах. Проводится оценка психического, соматического и неврологического статусов, наличие коморбидной психической и сопутствующей соматической патологии. Оценивается все виды получаемого больные противоопухолевого лечения с целью определения совместимости и взаимного влияния с психотропными препаратами для выбора оптимальной психофармакотерапии. Важное значение для выбора медикаментозной терапии, направленной на купирование психопатологической симптоматики, имеет и сам характер опухоли, поскольку механизм действия препаратов может влиять на обменные процессы, эндокринную, кроветворную, иммунную системы и пр. В результате первого этапа осуществляется предварительная верификация диагноза, первичная дифференциальная диагностика (клиническая) с другой психической патологией.

На втором этапе осуществляется назначение и оценка данных дополнительных методов исследования. Определяется их необходимый объем, проводятся экспериментально-психологическое и инструментально-лабораторное обследования.

Цель этого этапа - подтверждение диагноза, детальная дифференциальная диагностика с другими заболеваниями.

На третьем этапе оцениваются личностные и индивидуально-психологические особенности пациента, его актуальная жизненная ситуация, уровень социальной активности, степень и распространенность нарушенных сфер функционирования, внутренняя картина заболевания, мотивация на лечение. Это позволяет определить индивидуальные особенности заболевания, оценить вклад психологических и социальных факторов в его развитие и течение, выделить психотерапевтические мишени, определить стратегию психофармакотерапии, оптимизировать соотношение медикаментозного и психотерапевтического лечения.

Тревожно-фобические, паническое и генерализованное тревожное расстройства, развивающиеся на фоне онкологической патологии – заболевания, в отношении которых необходимо комплексное применение биологических, психотерапевтических, психосоциальных, психообразовательных методов и использование различных организационных форм помощи [14]. Это соответствует современным положениям о бригадном полипрофессиональном подходе в работе с онкологическими больными и приближению оказания помощи к современным представлениям об единстве регуляторных соматических и психических механизмов в этиопатогенезе различных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Казаковцев Б.А., Голланд В.Б. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99) (Класс V МКБ 10, адаптированный для использования в Российской Федерации). М.: Минздрав России. — 1998. — С. 138–145.
2. Калинин В.В. Современные представления о феноменологии, патогенезе и терапии тревожных состояний // Социальная и клиническая психиатрия. — 1993. — № 3. — С. 128–142.
3. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бутома Б.Г. и др. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 1 // Социальная и клиническая психиатрия. — 2013 – Т. 23. – № 4 – С. 45–50.
4. Нуллер Ю.Л. Тревога и ее терапия // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — Т. 4. — № 2. — С. 4–6.
5. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - М.: Экспертное бюро - М. — 1997. — С. 141–153.
6. Резник А.М., Арбузов А.Л., Квашнина Н.В., Лисицына Е.А. Агорафобия и паническое расстройство с генерализацией тревоги: клиника и возможности терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2004. - Т. 6. - С. 14–26.
7. Секунда Ю.И., Шпрах В.В. Особенности структуры панических атак в зависимости от типа личности пациентов // Сибир. Мед. журнал – Иркутск - 2006 - № 7 – С. 64–66.
8. Andlin-Sobocki P., Wittchen H-U Cost of anxiety disorders in Europe. // Eur.J.Neurol. – 2005. – Vol. 12. – P. 9–44.
9. Barzega, G., Maina G., Venturello S., Bogetto F. Gender-related differences in the onset of panic disorder // Acta Psychiatr. Scand. -2001. - Vol. 103. - № 3. - P. 189–195.
10. Behar, E., Borkovec, T.D. The nature and treatment of generalized anxiety disorder. In: B.O. Rothbaum (Ed.), The nature and treatment of pathological anxiety: essays in honor of Edna B. Foa – 2005. - (pp. 181–196). New York: Guilford.
11. Borkovec, T.D., Inz, J. . The nature of worry in generalized anxiety disorder// Behaviour Research and Therapy. - 1990. – Vol. 28. – P. 153–158.
12. Eng, W., Heimberg, R. G. Interpersonal correlates of generalized anxiety disorder: self versus other perception // Anxiety Disorders. – 2006. – Vol. 20. – P. 380–387.
13. Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., Fresco, D. M. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder // Behaviour Research and Therapy. – 2005. – Vol. 43. – P. 1281–1310.
14. Romera I, Fernandez-Perez S, Montego BL, Caballero L, Arbesu JB, Delgado-Cohen H. Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder, in primary care: prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status // J Affect Disord. – 2010. – Vol. 127. – P. 160e8.
15. Turk C. L., Heimberg R. G., Luterek J. A. et al. Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: a comparison with social anxiety disorder // Cognitive Therapy and Research. – 2005. – Vol. 29. – P. 89–106.
16. Wittchen H-U. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society // Depress.Anxiety. – 2002. – Vol. 16. – P. 162–171.
17. Yonkers K. A., Dyck I. R., Warshaw M. G. Keller M. B. (2000). Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorder // British Journal of Psychiatry. – 2000. – Vol. 176. – P. 544–549.

Поступила в редакцию 15.01.2015 г.

*T.A.Karavaeva^{1,2}, A.V.Vasilieva², T.Yu.Semiglazova¹,
A.P.Karitsky¹, E.P.Lukoshkina², A.M.Belyaev¹*

Anxiety disorders diagnostic algorithm in cancer patients

¹N.N.Petrov Research Institute of Oncology
²V.M.Bekhterev St. Petersburg Psychoneurological
Research Institute
St. Petersburg

The article defines the basic principles of anxiety disorders diagnosis (anxious-phobic disorders, panic disorder, generalized anxiety disorder) in cancer patients in accordance with the evidence-based medicine. There are provided typical clinical manifestations, features and variants of courses of disease. There is proposed the anxiety-phobic disorders diagnosis algorithm. There are characterized clinical, experimental, psychological, laboratory methods and are highlighted stages of diagnostic process.

Key words: anxiety-phobic disorders, panic disorder, generalized anxiety disorder, anxiety, neurotic disorders, diagnostic algorithm, differential diagnosis