

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННОГО СМЕШАННОГО ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Павлинич С.Н.

Павлинич Сергей Николаевич

доктор медицинских наук, Заслуженный деятель науки и техники РАЕН РФ, федеральный эксперт научно-технической сферы Минобрнауки РФ, врач невролог; Общество с ограниченной ответственностью «Фальк Медикал Владивосток», ул. Запорожская, д. 77, офис 240, Владивосток, 690021, Россия. Тел.: 8 (423) 2-790-790.

E-mail: pavlsergei@mail.ru

Аннотация

В настоящей статье представлены современные данные о смешанном тревожно-депрессивном расстройстве, его основных клинических симптомах; также представлены методы выявления и основные подходы к комбинированной терапии. На основе клинического случая доказана эффективность подобного рода терапии.

В случае, когда у пациента присутствуют симптомы как тревоги, так и депрессии, но без четко выраженной доминанции, врачу следует рассматривать данное расстройство как смешанное тревожно-депрессивное. Интенсивность проявлений тревоги и депрессии может варьироваться у пациентов индивидуально. Коморбидность генерализованной тревоги может разниться и в процентном соотношении выявляется в виде преобладающих панических атак (56%); обсессивно-компульсивных расстройств (35%); с социальной дезадаптацией и фобией (32—42%); с преобладанием депрессивных изменений в 23—87% случаев.

Алгоритмы ведения тревожных расстройств, на которые ссылается автор в статье, составлены на основе анализа ранее выполненных клинических исследований, выполненных в соответствии с принципами доказательной медицины, систематических обзоров и метаанализов, а также клинических рекомендаций, предлагаемых международными психиатрическими ассоциациями и национальными психиатрическими обществами.

На первом этапе алгоритма монотерапии следует выбрать один из пяти препаратов — анксиолитиков СИОЗС (селективных ингибиторов обратного захвата серотонина) первой линии (эсциталопрам, флувоксамин, пароксетин, сертралин или флуоксетин) и проводить терапию в течение первых 8—12 недель. При отсутствии эффекта следует уточнить состояние пациента на контрольной явке, исключить причины неэффективности, среди которых основными являются недостаточная дозировка и (или) неадекватная продолжительность терапии, и скорректировать терапию в комбинации с другим препаратом. В предложенном алгоритме терапии смешанного тревожного расстройства эффективна как монотерапия, так и комбинация препаратов у более чем 40—50% пациентов.

В представленном в статье клиническом случае терапии смешанного тревожно-депрессивного расстройства, терапия проводилась посредством комбинации приема двух препаратов, а именно буспилона с приемом эсциталопрама. Психотерапевтическая работа с индивидом проводилась в трех основных направлениях, которые заключались в снижении масштабов «личной» травмы, в регулировании высоты барьеров у личности и достижении большей гибкости в «модели мира» у индивида. Клинически была доказана эффективность комбинированной терапии смешанного тревожно-депрессивного расстройства. Предложенное автором сочетание терапии данного расстройства препаратами с методами индивидуальной психологической коррекции привело к стойкому терапевтическому эффекту у пациента.

Ключевые слова: смешанное тревожно-депрессивное расстройство; комбинированная терапия; психологическая коррекция; терапия фобий; депрессия; буспирон; эсциталопрам.

УДК 159.9:616.89-08

Библиографическая ссылка

Павлинич С.Н. Опыт комбинированной терапии клинически выраженного смешанного тревожно-депрессивного расстройства // Медицинская психология в России. – 2019. – Т. 11, № 1. – С. 5. doi: 10.24411/2219-8245-2019-11050

Поступила в редакцию: 08.01.2019 Прошла рецензирование: 28.01.2019 Опубликовано: 15.02.2019

Тревожные расстройства являются самыми распространенными среди психических расстройств. Так, 30—40% населения перенесли в жизни хотя бы один тревожный эпизод. Распространенность панического расстройства колеблется от 1,5 до 3,5%, социального тревожного расстройства — от 2,4 до 13,3%, генерализованного тревожного расстройства — от 4,1 до 6,6% [9]. У женщин клинически значимые проявления депрессивных расстройств встречаются в 3,7 раза чаще, чем у мужчин [1]. Подобного рода расстройства относятся к группе невротических расстройств (неврозов), то есть к психогенно обусловленным болезненным состояниям, характеризующимся парциальностью и эгодистонностью многообразных клинических проявлений, осознанием болезни и отсутствием изменений самосознания личности. Проявления депрессивных и тревожных расстройств во многом схожи. По некоторым данным, перекрест тревожной и депрессивной симптоматики доходит до 60—70%. Иными словами, у одного и того же больного могут присутствовать как симптомы депрессии, так и симптомы тревоги. В таких случаях говорят о смешанном тревожно-депрессивном расстройстве. У значительной части пациентов тревога хронологически предшествует депрессии, то есть у них длительное время наблюдается недиагностированное и нелеченное тревожное расстройство, которое со временем осложняется депрессией [15].

Согласно МКБ-10, тревожные расстройства делятся на тревожно-фобические расстройства, куда входят паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, а также смешанное тревожно-депрессивное расстройство, обсессивно-компульсивные расстройства и реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации, куда входит посттравматическое стрессовое расстройство [10].

Основной чертой генерализованного тревожного расстройства (F41.1 по МКБ-10) является тревога, которая носит генерализованный и стойкий характер, не ограничивается какими-либо определенными средовыми обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах (то есть является «нефиксированной») [3; 10]. Для постановки диагноза первичные симптомы тревоги должны присутствовать у больного в течение как минимум нескольких недель. Наиболее часто в этом качестве выступают беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения; моторное напряжение (суетливость, головные боли напряжения, дрожь, невозможность расслабиться); вегетативная гиперактивность (потливость, тахикардия или тахипноэ, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту и пр.).

Диагноз «смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (F41.2 по МКБ-10) ставится в тех случаях, когда у больного присутствуют симптомы как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие по отдельности не являются отчетливо доминирующими или выраженными [3; 10]. Симптоматика генерализованного тревожного расстройства несет черты диффузной, генерализованной и размытой тревоги средней или слабой интенсивности, для которой характерно неопределенное беспокойство, постоянное во времени. В этом состоит его основное отличие от панического расстройства, при котором возникают пароксизмы тревожного аффекта чрезмерной интенсивности. Данный вариант тревожного состояния носит название «свободно плавающей тревоги» [3; 19]; неопределенное беспокойство при этом выражается в состоянии внутреннего напряжения, предчувствия несчастья и угрозы, которые часто провоцируются реальными незначительными конфликтами и фрустрирующими ситуациями. Вместе с тем в системе личностных координат больного подобные ситуации разрастаются до огромных проблем и представляются неразрешимыми. Постоянное внутреннее напряжение приводит к сбоям в деятельности вегетативно-эндокринной системы, которая находится в постоянном возбуждении и готовности к борьбе и бегству, что, в свою очередь (по принципу порочного круга), увеличивает состояние внутреннего напряжения. Это же относится и к опорно-двигательной системе — постепенно увеличивается мышечное напряжение и повышаются сухожильные рефлексy, что лежит в основе чувства усталости и миалгий [4].

В целом коморбидность генерализованной тревоги с другими тревожными расстройствами велика: с паническими атаками (56%), обсессивно-компульсивным расстройством (35%) и социальной фобией (32—42%). Коморбидность с депрессией, по данным разных авторов, достигает 23—87%. С современной точки зрения диагноз генерализованного тревожного расстройства вообще не имеет смысла, поскольку подобные состояния в силу неспецифичности проявлений могут встречаться как в рамках острых неврозов, психогенных реакций, так и вследствие декомпенсации акцентуаций характера и вторичных психопатий тревожно-мнительного типа [3].

В соответствии с решением пленума Правления российского общества психиатров, разработаны алгоритмы терапии основных психических заболеваний [5; 12; 16; 17]. Алгоритмы ведения тревожных расстройств составлены на основе анализа клинических исследований, выполненных в соответствии с принципами доказательной медицины, систематических обзоров и метаанализов, а также клинических рекомендаций, предлагаемых международными психиатрическими ассоциациями и национальными психиатрическими обществами (Всемирная федерация обществ биологической психиатрии, Всемирная психиатрическая ассоциация, Европейская психиатрическая ассоциация) [11; 16; 17].

После установления диагноза тревожного расстройства, оценки тяжести симптоматики, возраста, начала, типологии, симптомов «мишеней», а также оценки эффективности и переносимости предшествующей терапии — врачу нужно перейти к первому этапу алгоритма — монотерапии одним из пяти селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) первой линии (эсциталопрам, флувоксамин, пароксетин, сертралин или флуоксетин) в течение первых 8—12 недель. При отсутствии эффекта следует уточнить диагностику и исключить ятрогенные причины неэффективности, среди которых основными являются недостаточная дозировка и (или) неадекватная продолжительность терапии. В случае истинной неэффективности или интолерантности к первому курсу СИОЗС, следует перейти ко второму этапу — монотерапии кломипрамином или комбинации с другим СИОЗС первой линии или циталопрамом (также в течение 8—12 недель). В предложенном алгоритме эффективность двух методов второго этапа (переход на другой СИОЗС или терапия на комбинации) сопоставима, и в обоих случаях терапевтический эффект наступает у 30—40% больных [5; 11; 12].

Разбор клинического случая

На прием пациента А., 36 лет, привела мать. Из жалоб самого пациента: нежелание выходить из дома ввиду приступов страха, боязни того, что «что-то может случиться», ощущения опасности вне дома, отсутствие желания идти на работу. Со слов матери пациента, данное состояние сына стало ее беспокоить с начала года, когда она обратила внимание на то, что сын стал часто проводить время дома, даже с утра — в то время как раньше всегда с утра уходил на работу.

В процессе сбора **анамнеза** удалось выяснить, что пациент на протяжении полугода безуспешно пытался найти новое место работы, ввиду того что по началу осени его сократили с занимаемой должности. Длительно переживал и держал в себе ощущение ненужности, стал замечать, что стало появляться ощущение страха и чувство нереализованности себя без работы. С учетом того, что средств на пособия по безработице ему не хватало на личную жизнь, начались проблемы в отношениях с девушкой и, как следствие, произошло расставание в канун нового года. Эта ситуация усугубила его состояние, усилилось внутреннее волнение и переживания стали накатывать на него волнами, так как он начал искать причины в себе. Так как поддержки в лице близких он не нашел, начал погружаться в состояние «тихого отчаяния», стал ощущать некое безразличие и считать, что все «разрулится само собой». Иногда мысли накрывали пациента перед сном, и из-за этого изменился сон, стало сложно засыпать из-за «погружения в свои мысли».

В процессе **неврологического осмотра** очаговой грубой неврологической симптоматики у пациента не было выявлено. Черепно-мозговые нервы без патологии. Сухожильные рефлексы с нижних конечностей были умеренно оживлены с обеих сторон. Парезов и параличей с периферических нервов не было выявлено. В позе Ромберга при проведении пальценосовой пробы был выявлен интенционный мелкоамплитудный тремор пальцев обеих кистей, который усиливался вне контроля зрения. Умеренный гипергидроз ладоней. Болевая и тактильная чувствительность не была нарушена. Эмоционально пациент был лабилен, пытался себя вести спокойно, но была заметна суетливость в поведении в некой степени и беспокойство, отсутствие контролируемой концентрации, которая проявлялась в перебирании пальцами рукавов и складок брюк.

По результатам **оценки состояния с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS)** была выявлена клинически выраженная тревога и депрессия. Был выставлен диагноз смешанного тревожно-депрессивного расстройства. Назначено комбинированное лечение следующими препаратами: «Ленуксин» (эсциталопрам) — 10 мг/сут. и буспирон («Спитомин») — 10 мг/сут., длительным курсом. Пациенту были предложены в определенные сроки от момента назначения терапии явки на прием для контроля его состояния.

Психотерапевтическая работа с индивидом базировалась на трех основных направлениях, которые заключались в снижении масштабов «личной» травмы, в регулировании высоты барьеров у личности и достижении большей гибкости в «модели мира» у индивида.

По мысли Мишеля Монтеня, надо «брать дело в свои руки, но не в свое сердце» [30]. Стратегия по выявлению истинного масштаба значимости момента увольнения с работы как социодезадаптирующего и отчасти психотравмирующего события в шкале значимости индивида осуществлялась путем соотнесения данного свершившегося явления с главными жизненными ценностями рассматриваемого человека. В процессе индивидуального приема посредством личной беседы была раскрыта мысль о том, что само событие, а именно потеря места работы, не затрагивает основных жизненных ценностей пациента, в значимости которого явно преобладал вектор семейной ориентированности и стабильности в личных отношениях. Это дало пациенту возможность посмотреть со стороны на себя объективно, проанализировать стечение обстоятельств, непредвзято и правильно оценить их последствия.

Данная стратегия психокоррекции осуществляет выход за пределы изначально заданных условий за счет включения исходной ситуации в более широкую систему. Открывается другой контекст жизнедеятельности. Человек, потерпевший неудачу в жизни (потеря работы в данном случае), нередко считает, что его жизнь потеряла смысл. Концентрация внимания на травме сужает поле сознания, и он не осознает, что утрачена только часть жизненных ценностей. Это делает человека несчастным, стереотипным, ограничивает разнообразие его поведения. Здесь важны расширение поля сознания, переключение на видение новых возможностей, на расширение степени управления собой. При этом важно нарушение шкалы приоритетов, приводящее к внутреннему конфликту, когда место главной цели может занять ряд побочных — беспокойство за неопределенное будущее, как и произошло в рассматриваемом клиническом случае.

Рассогласование шкалы приоритетов у пациента вкупе с изменением личностной оценки привело к изменению восприятия реальности, фрустрации и к снижению ситуативно складывающегося уровня притязаний с формированием ответной психосоматики. Низкая самооценка в данном случае привела к блокированию поисковой активности и регрессу дальнейшего личностного развития индивида. Ввиду того, что пациент был вполне удовлетворен своей личной зоной, он длительно бездействовал и не считал необходимым выбирать какой-либо вектор движения из зоны комфорта.

Проработка с пациентом сложившейся ситуации привела к смягчению его внутренней напряженности, которая возникла на фоне нарушений шкалы его приоритетов. Учитывая, что уровень притязаний снижается быстрее, когда неудача относится не на счет личной неполноценности, а на счет стечения внешних обстоятельств, правильная ориентация и фиксация вектора внимания пациента на стечение таковых внешних обстоятельств приводит к снятию вины с себя и значительно понижает уровень личностных претензий, что позволяет пациенту не «тащить за собой» в будущее факт уже свершившегося.

Любая несгибаемая позиция — это своего рода паралич для дальнейших действий индивида. Ригидная позиция субъективной модели мира пациента не позволяет ему без усилий изменять даже малый ее параметр, возникают особо устойчивые критерии и целостные сценарии поведения, подсознательные жизненные планы, предопределяющие жизнь человека. Так, излишняя стабильность системы принципов, критериев жизни препятствовала дальнейшему развитию индивида. Работа над изменением установок и пересмотром отношений к событиям жизни привела к снижению уровня ригидности его жизненных установок и дала толчок к движению, поиску путей для усовершенствования своего сложившегося положения.

Результат терапии и обсуждение

Во время первой контрольной явки спустя месяц после начала комбинированной терапии пациент отметил значимое улучшение в своем состоянии. Улучшилось самочувствие, нормализовался сон, стали меньше тревожить приступы страха. Значимым считает то, что прошел собеседование и устроился на работу. Из жалоб отмечал только ситуационные переживания, связанные с новой обстановкой на работе и интеграцией в рабочий коллектив. По шкале HADS результаты свидетельствовали о снижении уровня тревоги и депрессии. Терапию продолжили в назначенной схеме комбинации сроком до трех месяцев.

Спустя три месяца на контрольном осмотре отсутствовали симптомы тревоги. У пациента нормализовалась личная семейная жизнь. В неврологическом статусе не было выявлено очаговой симптоматики. Когнитивно пациент стабилизировался. Улучшилась реакция. По тесту мини-ког — без признаков снижения когнитивных функций, по шкале HADS отсутствовала тревога.

Данный клинический случай указывает на стойкий результат купирования тревожно-депрессивного расстройства у пациента путем применения комбинированной терапии анксиолитиками с техниками психокоррекции.

Входящий в терапию препарат бупирон является избирательным агонистом 5-HT-1A-рецепторов постсинаптического типа в нервной системе [2; 21]. Это анксиолитическое психотропное вещество класса азапирина. В отличие от большинства препаратов, используемых для лечения тревоги, фармакология бупирона не связана с бензодиазепиновыми рецепторами или рецепторами барбитуратов, и поэтому препарат не несет риска физической зависимости и абстинентного синдрома в случае прекращения его приема [3; 24; 31].

Ивановой Л.А. была изучена эффективность и безопасность бупирона у пациентов с различными проявлениями тревожных расстройств [7]. Положительная динамика была выявлена на 2—3-й неделе приёма бупирона, включала редукцию диссомнических расстройств, суетливости, напряжения в мышцах, уменьшение утомляемости, повышение работоспособности в повседневной и профессиональной деятельности. На 4—5-й неделе терапии были выявлены уменьшение проявлений вегетативной гиперактивности, урежение панических атак, дезактуализация навязчивых тревожных опасений неипохондрического и ипохондрического содержания, сенсорных расстройств, преходящих эпизодов аффективной лабильности. По шкале тревоги Гамильтона была выявлена статистически значимая положительная динамика на 14-й

день приёма буспирона в виде снижения баллов по показателям психической и соматической тревоги; статистически значимая редукция суммарного балла по шкалам тревоги Шихана и Спилберга — Ханина была зарегистрирована на 21-й день терапии.

Результаты, опубликованные под авторством профессора Даррэла Хализа, выявили у буспирона несколько механизмов действия. Так, данный препарат классифицируется как селективный частичный агонист серотониновых рецепторов подтипа 1A (5-HT_{1A}), действие которого проявляется как в области пресинаптических, так и в области постсинаптических рецепторов 5-HT_{1A} [18; 26]. Он взаимодействует с дофаминовыми рецепторами как агонист и/или антагонист. Буспирон блокирует пресинаптические дофаминовые рецепторы и способствует усилению выделения дофамина нейронами среднего мозга [31]. Таким образом, буспирон оказывает транквилизирующее влияние посредством воздействия на деятельность постсинаптических рецепторов, в то время как его воздействие на ауторецепторы (рецепторы нейрона, взаимодействующие с веществом, вырабатываемым этим нейроном) первоначально подавляет высвобождение серотонина, но постепенно восстанавливает серотонинергическую передачу [24].

В небольшом двойном слепом многоцентровом контролируемом исследовании было установлено, что буспирон так же эффективен в лечении генерализованного тревожного расстройства, как бензодиазепиновый транквилизатор оксазепам [29]. Первая группа пациентов получала буспирон, 5—10 мг 3 раза в сутки. Вторая группа принимала оксазепам, 10—20 мг 3 раза в сутки в течение 6 недель. Среднее снижение по шкале Гамильтона HAM-A (оценочная шкала для тревоги) к концу исследования было практически идентичным для обеих групп и статистически не было различимо. В исследовании Davidson и коллег, в котором сравнивались результаты лечения сертралином и буспироном у пожилых пациентов с генерализованным тревожным расстройством [20; 22; 25], оба лекарственных препарата продемонстрировали клинически значимый транквилизирующий эффект, что сопровождалось регрессом средней оценки по шкале HAM-A. Несмотря на то что эффект от лечения буспироном был выше ко 2-й и 4-й неделе, на 8-й неделе лечения в эффективности препаратов не наблюдалось существенной разницы [18]. По данным Dimitriou E.C., добавление буспирона в терапию тревожно-депрессивных расстройств с СИОЗС в течение 4 недель в 2 раза уменьшало симптомы депрессии и помогает достичь ремиссии депрессии у 56% (у 9 из 16) пациентов, принимавших ранее СИОЗС без эффекта [23]. В терапии вышеизложенного клинического случая использовалась комбинация буспирона с СИОЗС эсциталопрамом.

Согласно исследованиям Мосолова С.Н. с соавторами, эффект терапии с эсциталопрамом у пациентов наступал достаточно быстро [8; 12; 13]. Значение суммарного балла HAM-D по группе пациентов с тревожно-депрессивным расстройством в целом уже на 7-й день лечения уменьшалось на 23% (изменения статистически были значимы, $p \leq 0,01$). В дальнейшем происходило последовательное уменьшение выраженности депрессивной симптоматики. К концу исследования суммарный балл HAM-D составлял у пациентов $7,3 \pm 2,5$ [8]. Увеличение числа пациентов с положительным эффектом от терапии наблюдалось вплоть до окончания исследования, хотя наиболее выраженным эффект от терапии был между 4-й и 6-й неделями от начала лечения, что подтверждает данные, полученные нами в ходе клинического наблюдения за терапией пациента со смешанным расстройством.

Данные, опубликованные в журнале *Translational Psychiatry*, были получены путем анализа историй более 1000 взрослых участников в ходе международного исследования. Исследование носило название "International Study to Predict Optimized Treatment in Depression" (международное исследование оптимальной терапии депрессии — iSPOT-D) и ставило целью обнаружить предикторы успешности лечения депрессивного расстройства тем или иным препаратом [27]. Участники эксперимента в случайном порядке получали эсциталопрам, сертралин и венлафаксин в течение восьми недель. Для того чтобы выяснить, подвергался ли тот или иной участник в детстве

насилию и иной психотравматизации, а также возраст, в котором это происходило, исследователи использовали Опросник стресса в детском возрасте (Early-Life Stress Questionnaire, ELSQ). Ученые обнаружили, что люди с диагнозом депрессии, которые подверглись в детском возрасте насилию любого типа (физическому, эмоциональному или сексуальному), значительно хуже отвечают на терапию по сравнению с теми депрессивными пациентами, кто не перенес никакой травмы (или перенес травму, не связанную с насилием — такую как развод родителей или перелом конечности) [28]. При назначении любого рода терапии — моно или в комбинации — необходимо использовать опросники и учитывать «травмирующий» фактор, который наиболее значим в каждом конкретном клиническом случае.

В заключение необходимо отметить, что комбинированная сочетанная терапия буспироном с приемом эсциталопрама является эффективной и безопасной у пациентов со смешанным тревожно-депрессивным расстройством в неврологической практике и дает стойкий терапевтический эффект в сочетании с техниками психокоррекции. Следует также учесть, что какую бы психотерапевтическую тактику коррекции смешанного тревожно-депрессивного расстройства ни брал в рассмотрение врач, важно своевременно выявить значимые нарушения в системах отношений ценностей самого индивида/пациента и дать ему возможность увидеть себя и ситуацию со стороны при помощи соответствующих техник и личностных расстановок.

Литература

1. Алексеенко Е.Ю. Тревожно-депрессивные расстройства у больных первичным остеоартрозом // Сибирский медицинский журнал. – 2014. – Т. 130, № 7. – С. 70–72.
2. Боголепова А.Н., Коваленко Е.А., Махнович Е.В. Современные подходы к терапии тревожных расстройств у пациентов пожилого возраста // Медицинский совет. – 2017. – № 5. – С. 60–64. doi: 10.21518/2079-701X-2017-0-60-64
3. Вельтищев Д.Ю., Марченко А.С. Генерализованное тревожное расстройство: проблемы диагностики, прогноза и психофармакотерапии // Современная терапия психических расстройств. – 2013. – № 1. – С. 17–23.
4. Вербенко В.А., Двирский А.А. Механизмы действия, клинические аспекты и побочные эффекты антидепрессантов группы СИОЗС // Психиатрия. – 2018. – № 1(77). – С. 123–133.
5. Волель Б.А. Современные психофармакологические подходы в лечении обсессивно-компульсивных расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – № 3. – С. 104–106.
6. Городничев А.В. Современные тенденции в терапии тревожных расстройств: от научных данных к клиническим рекомендациям // Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике) / под ред. С.Н. Мосолова. – М.: Социально-политическая мысль, 2012. – С. 643–668.
7. Иванова Л.А. Терапия тревожных расстройств в общесоматической практике // Acta Biomedica Scientifica. – 2017. – Т. 2, № 5 (ч. 2). – С. 121–124.
8. Клиническая эффективность и переносимость препарата эсциталопрам при лечении умеренной и тяжелой депрессии / С.Н. Мосолов, Е.Г. Костюкова, А.В. Городничев [и др.] // Трудный пациент. – 2007. – № 8 [Электронный ресурс]. – URL: <http://t-pacient.ru/articles/6172/> (дата обращения: 05.01.2019).
9. Ладыженский М.Я., Городничев А.В., Костюкова Е.Г. Актуальные тенденции в терапии тревожных расстройств // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – № 3. – С. 15–22.
10. Международная классификация болезней 10-го пересмотра [Электронный ресурс]. – URL: <http://mkb-10.com/index.php?pid=4244> (дата обращения: 05.01.2019).

11. Менделевич Е.Г. Соматизация тревожных расстройств в практике невролога: алгоритмы и подходы к дифференцированному лечению // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 4. – С. 81–86. doi: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2014-4-81-86>
12. Мосолов С.Н. Современные тенденции в терапии обсессивно-компульсивного расстройства: от научных исследований к клиническим рекомендациям // Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина в клинической практике) / под ред. С.Н. Мосолова. – М.: Социально-политическая мысль, 2012. – С. 669–702.
13. Мосолов С.Н., Алфимов П.В. Алгоритм биологической терапии обсессивно-компульсивного расстройства // Современная терапия психических расстройств. – 2013. – № 1. – С. 41–44.
14. Овчинников А.А., Ракитская Н.Ю. Тревожные (панические) расстройства в общей медицинской практике (диагностика и терапия) // Медицина и образование в Сибири. – 2009. – № 2. – С. 3.
15. Погосова Г.В. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общей медицинской практике // Русский медицинский журнал. – 2007. – № 6. – С. 533.
16. Российское общество психиатров. Клинические рекомендации. Рекуррентное депрессивное расстройство, диагностика и лечение. – М., 2014.
17. Российское общество психиатров. Клинические рекомендации по диагностике и лечению панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства. – М.: Моск. науч.-исслед. институт псих. Росздрава, 2015. – 50 с.
18. Хулиц Д. [Darrell Hulisz] Бупирон в лечении генерализованного тревожного расстройства [Электронный ресурс]. – URL: <https://newpsyhelp.ru/preparat-byspiron-v-lechenii-generalizirovannogo-trevoznogo-rasstroistva/> (дата обращения: 05.01.2019).
19. Черносвитов Е., Самойлова Е. Общая психопатология. – М.: Издательские решения, 2016. – 620 с.
20. A psychopharmacological treatment algorithm for generalized anxiety disorder (GAD) / J.R. Davidson, W. Zhang, K.M. Connor [et al.] // Journal of Psychopharmacology. – 2010. – Vol. 24, № 1. – P. 3–26.
21. Buspirone and diazepam in anxiety: a controlled study / K. Rickels, K. Weiseman, N. Norstad [et al.] // The Journal of Clinical Psychiatry. – 1982. – Vol. 43, № 12 (Part 2). – P. 81–86.
22. Davidson J.R. First-line pharmacotherapy approaches for generalized anxiety disorder // The Journal of Clinical Psychiatry. – 2009. – № 70 (Suppl. 2). – P. 25–31.
23. Dimitriou E.C., Dimitriou C.E. Buspirone augmentation of antidepressant therapy // Journal of Clinical Psychopharmacology. – 1998. – Vol. 18, № 6. – P. 465–469.
24. Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: systematic review and meta-analysis / D. Baldwin, R. Woods, R. Lawson [et al.] // BMJ. – 2011. – № 342. – P. d1199. doi:10.1136/bmj.d1199
25. Efficacy of sertraline in preventing relapse of posttraumatic stress disorder: results of a 28-week double-blind, placebo-controlled study / J. Davidson, T. Pearlstein, P. Lonnberg [et al.] // The American Journal of Psychiatry. – 2001. – Vol. 158, № 12. – P. 1974–1981.
26. Hulisz D. The burden of illness of irritable bowel syndrome: current challenges and hope for the future // Journal of Managed Care Pharmacy: JMCP. – 2004. – Vol. 10, № 4. – P. 299–309.
27. International Study to Predict Optimized Treatment for Depression (iSPOT-D), a randomized clinical trial: rationale and protocol // Trials. – 2011. – № 12. – P. 4. doi: 10.1186/1745-6215-12-4.
28. Moran M. Late-Life Anxiety Linked to Cognitive Decline // Psychiatric News. – 2018. – Vol. 53, № 20. – P. 14. – Available at: <https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/pn.2018.53.issue-20> (accessed 5 January 2019).
29. Randomized, single-blind, trial of sertraline and buspirone for treatment of elderly patients with generalized anxiety disorder / N. Mokhber, M.R. Azarpazhooh, M. Khajehdaluee [et al.] // Psychiatry and Clinical Neurosciences. – 2010. – Vol. 64, № 2. – P. 128–133.

30. Robertson J.M. Montaigne and Shakespeare and Other Essays on Cognate Questions. – Whitefish, MT: Kessinger Publishing, 2010.

31. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders – First Revision / B. Bandelow, J. Zohar, E. Hollander [et al.] // The World Journal of Biological Psychiatry. – 2008. – Vol. 9, № 4. – P. 248–312. doi: 10.1080/15622970802465807

A clinical experience of applying combined therapy in treatment of mixed anxiety-depressive disorder

Pavlinich S.N.¹

E-mail: pavlsergei@mail.ru

¹ Falck Medical Vladivostok

77 Zaporozhskaya str., Vladivostok, 690021, Russia

Phone: +7 (423) 2-790-790

Abstract

The article presents recent findings about mixed anxiety-depressive disorder, its main clinical symptoms; methods of identifying this type of disorder and, the main approach in combined therapy. The effectiveness of this type of therapy is proven based on a clinical case.

A doctor should diagnose a disorder as a mixed anxiety-depressive disorder in a case when the patient expresses the symptoms of both anxiety and depression but without clear dominance of either. The intensity of anxiety and depression symptoms can vary in each individual case. The comorbidity of generalized anxiety can differ, and it can be proportioned by the prevailing panic attacks (56%); obsessive compulsive disorder (35%); accompanied by social disadaptation and phobia (32–42%); with a predominance of depressive changes in 23–87% of cases.

The algorithms of mixed anxiety and depressive disorder treatment, that the author refers to here, are based on analysis of previously performed clinical investigations which were carried out in accordance with the principles of evidence-based medicine, systematic reviews and meta-analyzes, as well as clinical recommendations offered by international psychiatric associations and national psychiatric societies.

During the first stage of the algorithm of mono-therapy one of five anxiolytics of first-line SSRIs drugs should be selected (Escitalopram, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline or Fluoxetine). The therapy should be performed for 8 to 12 weeks. It is necessary to clarify the patient's condition and eliminate the causes of ineffectiveness, which could be insufficient dosage and (or) inadequate duration of therapy. If mono-therapy doesn't give good results, a Doctor can change algorithm of therapy and use a combination of different types of drugs. In the proposed mixed anxiety-disorder treatment, both types of therapy: mono-therapy and combined-drugs therapy are effective with more than 40–50% of patients.

In presented here clinical case study, a mixed anxiety-depressive disorder therapy was carried out with a combination of two types of drugs, Buspirone, and Escitaloprami. Psychotherapeutic treatment of the individual was performed in three main directions: reduction of the scale of "personal" injury, adjustment of the height of the barriers, and achievement of flexibility of the patient's "model of the world". The effectiveness of combined therapy of mixed anxiety-depressive disorder was proven from a clinical point of view. The proposed combination of anxiety-depressive disorder therapy along with the methods of individual psychological correction resulted in a strong therapeutic effect onto the patient.

Key words: the mixed anxiety-depressive disorder; combined therapy; psychological correction; therapy of phobia; depression; buspirone; escitaloprami.

For citation

Pavlinich S.N. A clinical experience of applying combined therapy in treatment of mixed anxiety-depressive disorder. *Med. psihol. Ross.*, 2019, vol. 11, no. 1, p. 5. doi: 10.24411/2219-8245-2019-11050 [in Russian, abstract in English].