

Социальное  
тревожное  
расстройство

## Социальное тревожное расстройство

---

Представляем вашему вниманию обзорный перевод клинических рекомендаций по лечению социального тревожного расстройства, составленных экспертами Канадской ассоциации тревожных расстройств. Перевод подготовлен совместными усилиями научного интернет-портала «Психиатрия & Нейронауки» и Клиники психиатрии «**Доктор САН**» (Санкт-Петербург).

---

Katzman *et al.*: Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014 14 (Suppl 1):S1.

**doctorsan.ru**

**psyandneuro.ru**

Социальное тревожное расстройство (СТР) – одно из самых распространенных тревожных расстройств (8-12 % мировой популяции). Оно чаще встречается у женщин, чем у мужчин; чаще в развитых странах, чем в развивающихся. СТР начинается в юном возрасте (в среднем в 12 лет) и продолжается как хроническое заболевание. В эпидемиологических исследованиях отмечаются следующие факторы, повышающие риск СТР: низкий образовательный уровень, низкий социоэкономический статус, безбрачность, коморбидная депрессия.

### **Психиатрическая коморбидность**

До 72 % пациентов с СТР страдают от другого психического расстройства. Чаще всего встречается депрессия и другие тревожные расстройства. Также вместе с СТР диагностируются тревожное расстройство личности, дисморфофобия, злоупотребление психоактивными веществами, СДВГ и шизофрения.

## Диагноз

Для СТР характерен постоянный страх того, что в социальной ситуации человек скажет или сделает что-то такое, что вызовет негативную оценку со стороны других людей. Социальные ситуации избегаются или переживаются в состоянии дистресса, при этом человек понимает, что его страх избыточен и нерационален. Избегающее поведение и тревожность приводят к значительному функциональному ухудшению.

DSM-IV-TR не упоминал страх и избегание, связанные с медицинскими проблемами, но DSM-V указывает на то, что СТР может быть вторичным по отношению к соматическим заболеваниям. Некоторые пациенты испытывают социальную тревожность в связи с симптомами своих болезней (e.g. заикание, дрожь при болезни Паркинсона, ожирение, следы от ожогов или травм).

## Критерии DSM-5 для постановки диагноза СТР (социофобия)

- Страх и тревога по поводу социальных ситуаций, в которых поведение человека может быть подвергнуто оценке других людей
- Боязнь того, что симптомы тревожности получат негативную оценку со стороны других людей

Социальная ситуация:

- ✓ Почти всегда провоцирует страх или тревожность
- ✓ Избегается или переживается с чувством страха или тревоги

Страх, тревожность или избегание:

- ✓ Несоразмерны с актуальной опасностью определенной социальной ситуации
- ✓ Длится долгое время, обычно более 6 месяцев
- ✓ Вызывает существенный дистресс и функциональное ухудшение

Если присутствует какое-либо медицинское состояние (e.g. заикание, ожирение), волнение не адекватно его степени тяжести.

Отдельный вид СТР – страх, связанный исключительно с выступлениями на публике.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) – золотой стандарт нефармакологического лечения СТР. Когнитивные техники КПТ нацелены на неадаптивные мысли и установки, поведенческий компонент обычно сводится к экспозиционной терапии. Эффективность КПТ доказана многими РКИ и мета-аналитическими исследованиями. Есть исследования, говорящие о схожей эффективности КПТ и фармакотерапии при лечении острого СТР. Сообщается о том, что после завершения лечения, улучшение, достигнутое с помощью КПТ сохраняется дольше, в сравнении с результатами фармакотерапии. КПТ при СТР может проводиться индивидуально и в группе. Хотя несколько исследований говорят о предпочтительности индивидуальной психотерапии, мета-анализы не обнаружили значительной разницы в эффективности.

Также изучалась эффективность компонентов КПТ. Доказано, что экспозиционная терапия дает эффект без добавления других компонентов КПТ.

КПТ с акцентом на межличностные отношения дает такой же результат, что и стандартная КПТ, но, помимо того, еще и повышает удовлетворенность отношениями. Эффективность интерперсональной психотерапии при КПТ не имеет достаточной доказательной базы, есть исследования, которые говорят, что она неэффективна. Судя по всему, ее эффективность ниже эффективности традиционной КПТ.

Так же менее эффективной чем КПТ, но все же способной улучшать состояние при СТР, является когнитивная терапия, основанная на осознанности.

ИКПТ (КПТ с помощью интернета) – новый тип психотерапии, который повышает доступность КПТ для пациентов с тревожностью и расстройствами настроения. В исследованиях было проведено сравнение ИКПТ и КПТ (индивидуальной и групповой). ИКПТ показала эффективность при лечении СТР. Большинство программ ИКПТ предполагают минимальный контакт с психотерапевтом посредством электронной почты или телефона. Многие программы включают в себя общение участников на интернет-форумах. Остается неясным, является ли участие психотерапевта обязательным условием ИКПТ. Исследования, сравнивающие ИКПТ под руководством психотерапевта и ИКПТ без психотерапевта, дают противоречивые результаты. Во всех РКИ предполагалось, что перед началом ИКПТ пациент предварительно общался с психотерапевтом очно или по телефону и связывался с ним после окончания курса. Мало что известно об эффективности самостоятельного лечения (ИКПТ или с помощью книг о самопомощи), которое проводится без предварительной беседы и последующих контактов с психотерапевтом.

## **Комбинация психотерапии и фармакологического лечения**

Фармакотерапия не усиливает эффект КПТ, хотя одно исследование показало, что комбинация фенелзина с КПТ работает лучше, чем фенелзин и КПТ по отдельности. Д-циклосерин, принимаемый во время экспозиций, усиливает их терапевтический эффект. Также есть исследование, доказывающее, что комбинация психодинамической групповой психотерапии с клоназепамом, действует лучше, чем клоназепам без психотерапии.



## **Длительность эффекта психотерапии**

Результаты, достигнутые с помощью КПТ, отмечаются во время визитов к врачу на протяжении 6-12 месяцев. Сообщается об устойчивом улучшении, сохраняющемся в течение пяти лет после лечения. Улучшение после ИКПТ отмечают на контрольных визитах от года до пяти лет после окончания лечения. Долгосрочный эффект психотерапии более продолжительный по сравнению с эффектом фармакотерапии, остающимся после прекращения лечения.

## **Уровни доказанности**

- (1) Мета-анализ или как минимум 2 РКИ с плацебо-контролем
- (2) Как минимум 1 РКИ с плацебо-контролем или активным контролем
- (3) Исследование без контрольной группы, с 10 участниками как минимум
- (4) Сообщения о клинических случаях или экспертное мнение

Уровни доказанности не говорят о характере результата (положительный, отрицательный, сомнительный), они говорят о качестве проведенного анализа.

## **Рекомендованное лечение**

*Первая линия* – Уровни доказанности 1 или 2, а также клинически доказанные эффективность и безопасность

*Вторая линия* – Уровень доказанности 3, а также клинически доказанные эффективность и безопасность

*Третья линия* – Уровень доказанности 4, а также клинически доказанные эффективность и безопасность

*Не рекомендовано* – Отсутствие эффекта с уровнем доказанности 1 или 2

### **Первая линия**

При СТР доказана эффективность СИОЗС, СИОЗСиН, антиконвульсантов и бензодиазепинов. Доказательств эффективности циталопрама при СТР мало, но он, вероятно, так же эффективен как и другие СИОЗС, в отличие от флуоксетина, который показал неэффективность при СТР в исследованиях и поэтому может рассматриваться как наименее эффективный СИОЗС.

*Прегабалин:* Прегабалин эффективен при лечении СТР на высоких дозах (600 мг/день), но неэффективен на низких дозах (150-300 мг/день). Хотя у эффективности прегабалина первый уровень доказанности, неясно, какова его эффективность по сравнению с эффективностью СИОЗС. Кроме того, у эффективности СИОЗС более широкий спектр в отношении типичных коморбидных состояний.

### **Вторая линия**

*Бензодиазепины:* Мета-анализ показал, что бензодиазепины так же эффективны как СИОЗС, но из-за того, что они слабо воздействуют на типичные коморбидные состояния и могут формировать зависимость у лиц, злоупотреблявших психоактивными веществами, бензодиазепины рекомендуются как лечение второй линии.

*Антидепрессанты:* РКИ показали эффективность циталопрама, такую же как у моклобемида.

Эффективность фенелзина доказана, но из-за пищевых ограничений, взаимодействий с другими лекарствами и риска гипертонического криза, он рекомендуется как средство второй линии.

*Антиконвульсанты:* Есть доказательства (второго уровня) того, что габапентин так же эффективен как тиагабин.

### **Третья линия**

*Антидепрессанты:* Результаты исследований эффективности флуоксетина противоречивы. Масштабное РКИ показало наличие положительного эффекта, такого же сильного как от КПТ. Но два других, небольших РКИ показали отсутствие эффекта. Поэтому можно предположить, что флуоксетин менее эффективен по сравнению с другими СИОЗС.

Такая же ситуация с моклобемидом. Несколько РКИ показали наличие положительного эффекта, несколько – не показали. Моклобемид эффективнее чем КПТ в начале курса психотерапии, но после 6 месяцев КПТ показывает более сильный эффект чем моклобемид.

Два небольших РКИ миртазапина дали противоречивые результаты, одно показало эффективность, другое – не показало.

Сравнение эффективности 60 мг/день дулоксетина с 120 мг/день дулоксетина не показали преимуществ повышенной дозы.

Все эти препараты, а также антиконвульсанты, оланзапин, селегелин, атомоксетин могут быть рекомендованы как средства третьей линии для пациентов, на которых не подействовали препараты первой и второй линии в качестве монотерапии и в комбинациях с добавочными препаратами.

### **Добавочные препараты**

Стратегия использования добавочных препаратов изучалась на пациентах, не давших адекватный ответ на лечение антидепрессантами, и может быть применена в случаях резистентного СТР.

## Фармакологическое лечение

Препарат	Уровень доказанности
<b>СИОЗС</b>	1
Эсциталопрам	1
Флувоксамин	1
Пароксетин	1
Сертралин	1
Флуоксетин	1 (противоречивые данные)
Циталопрам	2
Пароксетин как добавочный препарат	3
<b>СИОЗСиН</b>	
Венлафаксин	1
Дулоксетин	2
<b>ТЦА</b>	
Кломипрамин	3
Имипрамин	3 (отрицательный результат)
<b>ИМАО и ОИМАО</b>	
Фенелзин	1
Моклобемид	1 (противоречивые данные)

## Фармакологическое лечение

<b>Другие антидепрессанты</b>	
Миртазапин	1 (противоречивые данные)
Бупропион	3
<b>Бензодиазепины</b>	
Клоназепам	1
Алпразолам	2
Бромазепам	2
Клоназепам как добавочный препарат	2 (отрицательный результат)
<b>Антиконвульсанты</b>	
Прегабалин	1
Габапентин	2
Леветирацетам	2 (отрицательный результат)
Дивалпрокс	3
Тиагабин	3
Топирамат	3

## Фармакологическое лечение

<b>Другие препараты</b>		
Атенолол		1 (отрицательный результат)
Буспирон		1 (отрицательный результат)
Атомоксетин		1 (противоречивые данные)
Пропранолол		2 (отрицательный результат)
Селегилин		3
Перголид		3 (отрицательный результат)
Буспирон	как добавочный препарат	3
Пиндолол	как добавочный препарат	2 (отрицательный результат)
<b>Атипичные антипсихотики</b>		
Оланзапин		2
Кветиапин		2 (отрицательный результат)
Арипипразол	как добавочный препарат	3
Рisperидон	как добавочный препарат	3



## Фармакологическое лечение

<b>Первая линия</b>	Эсциталопрам, флувоксамин, пароксетин, прегабалин, сертралин, венлафаксин
<b>Вторая линия</b>	Алпразолам, бромазепам, циталопрам, клоназепам, габапентин, фенелзин
<b>Третья линия</b>	Атомoksetин, бупропион, кломипрамин, дивалпрокс, дулоксетин, флуoksetин, миртазапин, моклобемид, оланзапин, селегилин, тиагабин, топирамат
<b>Добавочные препараты (третья линия)</b>	Арипипразол, буспирон, пароксетин, рисперидон
<b>Не рекомендованы как добавочные препараты:</b>	Клоназепам, пиндолол
<b>Не рекомендованы</b>	Атенолол*, буспирон, имипрамин, леветирацетам, пропранолол*, кветиапин

\*Бета-блокаторы успешно применяются во время выступлений перед публикой.

### **Поддерживающая фармакологическая терапия**

Мета-анализ показал, что продолжительный прием СИОЗС (3-6 месяцев) эффективно предотвращает рецидив (относительный риск = 0,39). Прегабалин также показал эффективность в предотвращении рецидива. Есть исследования, показывающие эффективность длительного использования моклобемида для предотвращения рецидива.

### **Биологические и альтернативные виды лечения**

*Биологическая терапия:* Радиоэлектрическая асимметричная стимуляция мозга по протоколу нейро-психофизической оптимизации (NPPO-REAC) показала такую же эффективность, как сертралин.

*Альтернативная терапия:* Зверобой не дает результата при лечении СРГ и не рекомендован к использованию (уровень доказанности 2).