

Ежегодно¹ около 40 миллионов американцев старше 18 лет (около 18%) страдают **тревожными расстройствами**, наполняя их жизнь страхом и неуверенностью. В отличие от относительно легкой кратковременной тревоги, вызванной стрессовой ситуацией (например, публичным выступлением или первым свиданием), тревожные расстройства длятся не менее 6 месяцев и могут принять серьезную форму, если оставить их без лечения. Тревожные расстройства часто сопровождаются другими психическими или физическими заболеваниями, в том числе алкоголизмом или злоупотреблением психоактивными веществами, которые могут скрадывать симптомы тревоги или усугублять их. В некоторых случаях, тревожные расстройства невозможно вылечить, если предварительно не избавиться от этих проблем.

На сегодняшний день, существуют эффективные методы лечения тревожных расстройств, а постоянные исследования выявляют все новые пути, которые бы помогли страдающим тревожными расстройствами вести продуктивную и полноценную жизнь. Если вы подозреваете у себя тревожное расстройство – как можно скорее обратитесь за помощью.

В этой брошюре вы найдете:

- описание симптомов тревожных расстройств,
- объяснение роли научных исследований в понимании причин этих состояний,
- описание эффективных методов лечения,
- информацию о том, куда обращаться за помощью и как вам могут помочь врач и психолог,
- советы как содействовать эффективности лечения.

Тревожные расстройства, о которых рассказывает эта брошюра:

- паническое состояние,
- синдром навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство - OCD),
- посттравматический стресс (PTSD),
- социофобия (или социальное тревожное расстройство),
- специфические фобии и
- синдром общей тревожности (GAD).

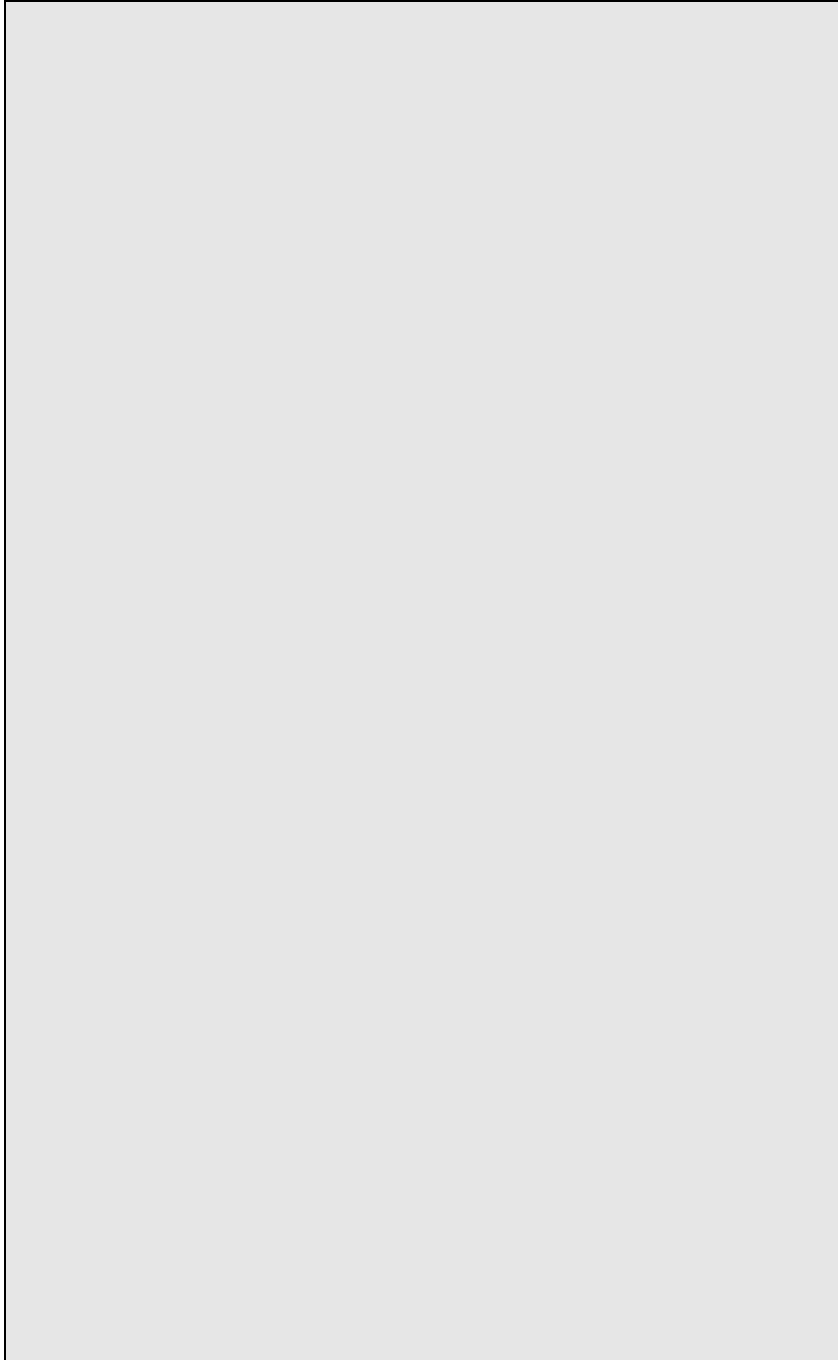
Все тревожные расстройства обладают своим набором симптомов, но все эти симптомы группируются вокруг общей характеристики - непомерного иррационального страха и ужаса.

Тревожные расстройства

**В буклете подробно описаны
симптомы основных видов
тревожных расстройств,
их причины и способы лечения,
а также предоставлена информация о том,
как получить помощь и справиться с болезнью.**



**Штат Нью-Йорк
Отдел охраны психического здоровья**



Штат Нью-Йорк
Эндрю М. Куомо, губернатор

Заведующий отделом Майкл Ф. Хоган, Доктор наук

За дополнительной информацией об этом издании обращайтесь:

**New York State Office of Mental Health
Community Outreach and Public Education Office**

[Отдел охраны психического здоровья штата Нью-Йорк
Отдел по связям с общественностью и просветительской работы с населением]
44 Holland Avenue
Albany, NY 12229
866-270-9857 (бесплатный)
www.omh.ny.gov

С вопросами и жалобами относительно службы охраны психического здоровья в Нью-Йорке обращайтесь в:

New York State Office of Mental Health

Customer Relations
[Отдел охраны психического здоровья штата Нью-Йорк
Отдел по работе с клиентами]
44 Holland Avenue
Albany, NY 12229
800-597-8481 (бесплатный)

Для получения информации о службах охраны психического здоровья в вашем микрорайоне, обратитесь в ближайший региональный офис Отдела охраны психического здоровья штата Нью-Йорк (NYSOMH):

Western New York Field Office

[Региональное отделение Западного Нью-Йорка]
737 Delaware Avenue, Suite 200
Buffalo, NY 14209
(716) 885-4219

Central New York Field Office

[Региональное отделение Центрального Нью-Йорка]
545 Cedar Street, 2nd Floor
Syracuse, NY 13210-2319
(315) 426-3930

Hudson River Field Office

[Региональное отделение Хадсон Ривер]
4 Jefferson Plaza, 3rd Floor
Poughkeepsie, NY 12601
(845) 454-8229

Long Island Field Office

[Региональное отделение Лонг-Айленда]
998 Crooked Hill Road, Building #45-3
West Brentwood, NY 11717-1087
(631) 761-2508

New York City Field Office

[Региональное отделение города Нью-Йорк]
330 Fifth Avenue, 9th Floor
New York, NY 10001-3101
(212) 330-1671

Издано Отделом охраны психического здоровья штата Нью-Йорк, июнь 2008 года.

Штат Нью-Йорк Отдел охраны психического здоровья

Паническое состояние

«Для меня приступ паники – это почти как пережить насилие. Я чувствую себя оторванным от реальности. Я чувствую, как бесповоротно теряю контроль. Мое сердце колотится со страшной силой, я чувствую, что не могу дышать, появляется непреодолимое ощущение, будто все валится на меня».

«Это началось 10 лет назад, когда я закончил колледж и начал работать. Я сидел на рабочем семинаре в гостинице, как вдруг новость откуда на меня это накатило. Я чувствовал, будто умираю».

«В промежутках между приступами, постоянный страх, что это все опять повторится. Я боюсь бывать в местах, где у меня случился приступ. Если мне не помогут, скоро не останется такого места, где бы я мог чувствовать себя в безопасности от паники».

Паническое состояние – это настоящая болезнь, которая успешно лечится. Она характеризуется внезапным приступом ужаса, обычно сопровождаемого сердцебиением, потоотделением, слабостью, потерей сознания или головокружением. Во время подобных приступов человек ощущает прилив жара или озноб; у него дрожат или немеют руки; появляется тошнота, боль в области грудной клетки или ощущение удушья. Приступы паники вызывают ощущение нереальности, страх обреченности или потери контроля.

Страх перед собственными необъяснимыми физическими симптомами сам по себе является симптомом панического расстройства. Люди принимают приступ паники за сердечный приступ или припадок безумия, или считают, что находятся при смерти. Они не могут предсказать, где и когда приступ снова настигнет их, а в промежутках между приступами многие безумно боятся и опасаются следующего.

Приступ паники может случиться в любой момент, даже во сне. Обычно в течение 10 минут приступ идет на убыль и заканчивается, но некоторые симптомы могут длиться гораздо дольше. Более 6 миллионов взрослых американцев¹ страдают паническим состоянием, причем случаи расстройств среди женщин встречаются в 2 раза чаще, чем среди мужчин². Приступы паники зачастую начинаются в позднем подростковом или в раннем взрослом возрасте², но не у всех, кто пережил приступ паники, развивается паническое расстройство. У многих, проявившись однажды, приступ паники больше никогда не повторяется. Предрасположенность к приступам паники может передаваться по наследству³.

Людам, страдающим полномасштабными, повторяющимися приступами паники, грозит нетрудоспособность. Они должны обратиться к врачу не дожидаясь того момента, когда начнут избегать те места и ситуации, в которых они пережили приступы. Например, у человека, пережившего приступ паники в лифте, может развиться боязнь лифтов, что в свою очередь начнет оказывать влияние на выбор места работы и жительства, места лечения и развлечений. Жизнь некоторых людей становится ограниченной настолько, что они начинают избегать обычных дел, например, перестают ходить за продуктами или водить машину. Около трети больных становятся домоседами и противостоять пугающей их ситуации способны лишь в присутствии супруга(и) или кого-то другого, пользующегося их доверием².

Такое состояние уже называется агорафобией, или боязнью открытых пространств.

Лечение панического состояния на ранней стадии может предотвратить развитие агорафобии, но к сожалению, его редко диагностируют на ранних этапах: страдающие паническим расстройством годами ходят по врачам и неоднократно попадают в больницы по скорой помощи, прежде чем кто-то поставит им правильный диагноз. Это печально, потому что из всех тревожных расстройств, паническое состояние лучше всех поддается лечению, прекрасно реагируя в большинстве случаев на лекарства или определенные виды когнитивной терапии, которая помогает изменить стереотипы мышления, вызывающие чувства страха и тревоги.

Паническое расстройство часто сопровождается другими серьезными заболеваниями, такими как депрессия, наркомания или алкоголизм,^{4,5} которые сами нуждаются в лечении. При депрессии человек испытывает состояние подавленности или безнадежности, нарушение аппетита или сна, пониженный уровень энергии и трудности с концентрацией. Большинство людей, страдающих депрессией, излечиваются с помощью антидепрессантов, определенных видов психотерапии или комбинированного медикаментозно-терапевтического метода лечения.

Синдром навязчивых состояний (Обсессивно-компульсивное расстройство; ОКР/ OCD)

«Я ничего не мог делать без ритуалов. Они вторглись в каждый аспект моей жизни. Счет буквально засасывал меня. Я должен мыть голову три раза, а не один, потому что «3» – это счастливое число, а «1» – нет. Я дольше читаю, потому что должен пересчитывать строчки в абзаце. В код сигнализации я должен вводить цифры, которые не составят в результате «несчастливое» число».

«Я знал, что ритуалы бессмысленны, и глубоко их стыдился, но не знал, как с ними совладать, пока не прошел терапию».

«Одеваться по утрам было сущей мукой, потому что я должен был следовать определенному ритуалу, а если я его нарушал, то начинал беспокоиться и вынужден был снова переодеться, чтобы все сделать «правильно». Я всегда боялся, что если я чего-то не сделаю, то мои родители умрут. У меня были эти жуткие мысли навредить своим родителям. Это было абсолютно иррационально, но мысли порождали еще большую тревогу и еще более бессмысленное поведение. Масса времени уходила на ритуалы и на важные вещи его уже просто не оставалось».

Люди, страдающие синдромом навязчивых состояний (ОКР), переживают настойчивые неприятные мысли (навязчивые мысли) и используют ритуалы (компульсивные действия), чтобы контролировать тревогу, вызываемую самими этими мыслями. В большинстве случаев, все заканчивается тем, что ритуалы начинают контролировать жизнь человека. Например, если человек одержим боязнью бактерий и грязи, у него вырабатывается компульсия все время мыть руки. Если у него развивается навязчивый страх, что кто-то может проникнуть в дом, то перед тем как лечь спать, он многократно закрывает и перепроверяет замки. Опасение конфуза в обществе заставляет людей с ОКР компульсивно причесываться перед зеркалом, иногда их «затягивает» зеркало и они не могут оторваться от него. Выполнение таких ритуалов – занятие не из приятных. В лучшем случае, это приносит временное освобождение от тревоги, вызванной навязчивыми мыслями.

В числе прочих распространенных ритуалов есть такие, как необходимость повторно и неоднократно проверять вещи, трогать (особенно, в определенной последовательности) или пересчитывать их. К распространенным навязчивым идеям относятся страх насилия над близкими или причинения им вреда, настойчивые мысли о совершении неприятных половых актов или мысли, запретные по религиозным убеждениям. Люди с ОКР могут быть озабочены порядком и симметрией, им трудно выбрасывать вещи (таким образом вещи накапливаются), они собирают ненужные предметы.

Определенная ритуальность свойственна и здоровым людям. Например, уходя из дома, человек может несколько раз перепроверить выключена ли газовая плита. Разница заключается в том, что люди с ОКР неуклонно исполняют свои ритуалы, даже если это мешает их жизни и угнетает их. Хотя большинство взрослых, страдающих ОКР, осознают бессмысленность своих действий, некоторая часть взрослых и большинство детей не осознают насколько неординарно их поведение.

ОКР страдают 2,2 миллиона взрослых американцев¹. Эта болезнь может сопровождаться расстройством питания (анорексия, булимия, и т.д.)⁶, другими тревожными расстройствами или депрессией^{2,4}. Она в равной мере поражает мужчин и женщин и обычно проявляется в детстве, юношестве или раннем взрослом возрасте². У одной трети взрослых, страдающих ОКР, симптомы появились в детстве. Данные исследований говорят о том, ОКР может быть наследственным заболеванием³.

Болезнь протекает по-разному у разных людей. Симптомы могут появляться и исчезать, улучшаться со временем или ухудшаться. В тяжелой форме ОКР становится для человека помехой, не позволяя ему нормально работать или выполнять свои обычные домашние обязанности. Люди с ОКР часто пытаются облегчить свои страдания, избегая ситуаций, вызывающих навязчивые мысли, или за успокоением обращаются к алкоголю и другим наркотикам.^{4,5}

ОКР обычно хорошо поддается медикаментозному лечению и/или особому виду психотерапии, основанному на принципе сталкивания больного с ситуациями, вызывающими их страхи и тревогу. В результате этой психотерапии пациенты становятся менее чувствительны к воздействию болезненных ситуаций. Национальный институт охраны психического здоровья (NIMH) поддерживает клинические исследования новых способов лечения больных, у которых ОКР плохо поддается лечению общепринятыми методами. К таким новым способам относятся комбинированное и усиленное (расширенное) лечение, а также такие современные методы, как глубокая стимуляция головного мозга.

Посттравматический стресс (ПТСР/ PTSD)

«Меня изнасиловали, когда мне было 25 лет. Долгое время я говорила об изнасиловании, как-будто бы это случилось не со мной. Я прекрасно понимала, что это произошло со мной, но просто не чувствовала этого.» «Потом начали «вспыхивать» картины происшедшего. Они находили на меня, будто меня окатывали водой. Это было ужасно. Я вдруг начала заново переживать изнасилование. Меня пугало каждое мгновение. Я не осознавала, что происходит вокруг меня, я была будто в оболочке, как-будто плыла. И это было страшно. Вспышки прошлого просто выжимают тебя.»

«Меня изнасиловали за неделю до Дня благодарения. Вы не представляете, как мне становится страшно и тревожно каждый год накануне годовщины этого ужаса. Я как-будто вижу это чудовище. Я не могу расслабиться, не могу спать, не хочу ни с кем быть. Я не знаю, смогу ли я вообще когда-нибудь избавиться от этого кошмара».

Посттравматический стресс (ПТСР) возникает в результате какого-то тяжелого события, связанного с причинением физического вреда или угрозой физической расправы. Человек, страдающий ПТСР, - это, в большинстве случаев, жертва насилия, родственник или друг пострадавшего от насилия или свидетель насилия над кем-то из близких или незнакомых ему людей.

Впервые обративший на себя общественное внимание в связи с проблемой ветеранов войны, посттравматический стресс может быть последствием любого травмирующего события, включая ограбление, изнасилование, пытки, похищение или плен, жестокое обращение в детстве, автомобильная авария, крушение поезда, авиакатастрофа, взрыв бомбы или стихийные бедствия, такие как наводнение и землетрясение.

Люди, страдающие ПТСР, легко пугаются, становятся эмоционально нечувствительными и жесткими (особенно в отношении когда-то близких им людей); теряют интерес к тем вещами, которые прежде их радовали; им трудно быть любящими и восприимчивыми; они становятся раздражительными, более агрессивными и даже жестокими. Они избегают ситуаций, напоминающих о травмировавшем инциденте, очень тяжело переживают годовщины инцидента.

Более тяжелые симптомы ПТСР наблюдаются в тех случаях, когда событие, вызвавшее заболевание, было результатом чьего-то сознательного злого умысла, как в случаях ограбления или похищения. Большинство страдающих ПТСР снова и снова переживают свою травму: в течение дня - в мыслях, а по ночам - в кошмарных снах. Эти повторяющиеся переживания называют вспышками воспоминаний. Это могут быть зрительные образы, звуки, запахи или ощущения, которые зачастую могут быть вызваны такими безобидными явлениями, как хлопнувшая дверь или звук выхлопной трубы на улице. В моменты таких вспышек человек теряет связь с реальностью и уверен, что страшное событие повторяется снова и происходит с ним на самом деле.

Не у каждого пережившего травматический опыт развивается полноценный или даже легкий посттравматический стресс. Симптомы обычно появляются в течение 3 месяцев с момента происшествия, но иногда могут проявиться спустя годы. Говорить о посттравматическом стрессе можно в том случае, если симптомы длятся больше месяца. Болезнь протекает по-разному. В некоторых случаях, состояние переходит в хроническое.

От посттравматического стресса страдают около 7,7 миллионов взрослых американцев¹, но при этом он встречается у людей разного возраста, в том числе и у детей⁷. Женщины чаще страдают этим расстройством, чем мужчины⁸. Есть данные, свидетельствующие о том, что предрасположенность к посттравматическому стрессу может быть наследственной⁹. Это расстройство часто сопровождается депрессией, злоупотреблением психоактивными веществами и одним или несколькими видами других тревожных расстройств⁴.

Симптомы посттравматического стресса хорошо поддаются медикаментозному и психотерапевтическому лечению.

Социофобия (социальное тревожное расстройство)

«Я испытывал страх, оказываясь в любой общественной обстановке. Я начинал волноваться, еще не выходя из дома, и волнение только усиливалось по мере приближения к институту, вечеринке, и тому подобное. У меня появлялись неприятные ощущения в животе, казалось, что начинается грипп. Начиналось сильное сердцебиение, потели ладони и появлялось ощущение самоотрешенности и отстраненности от остального мира».

«Когда я входил в комнату, полную людей, я краснел и мне казалось, будто все взгляды устремлены на меня. Я в замешательстве стоял в углу в одиночестве, но я не знал, о чем я могу говорить с кем-нибудь. Это было унижительно. Я чувствовал себя таким неуклюжим, что не мог дожидаться, когда можно улизнуть».

Диагноз социофобии, называемой также социальным тревожным расстройством, ставят в тех случаях, когда человек становится чрезмерно тревожным и чересчур застенчивым или зажатым в повседневных социальных ситуациях. Люди с социофобией испытывают постоянный, сильный, хронический страх, что на них смотрят и за ними наблюдают, страх осуждения и боязнь оказаться в неудобном положении. Они могут беспокоиться в течение дней или недель до события, которого они боятся. Этот страх может быть настолько сильным, что становится помехой в работе, учебе и других обычных делах, затрудняет новые знакомства и ставит под угрозу старую дружбу.

И хотя многие страдающие социофобией понимают, что их страх находиться рядом с людьми неуместный и необоснованный, они все же не в состоянии преодолеть его. Даже если им удастся преодолеть страх и выйти на люди, они обычно безумно волнуются накануне мероприятия, чувствуют себя крайне некомфортно во время него и часами после его окончания переживают, что они о них скажут.

Социофобия может ограничиваться боязнью одной конкретной ситуации (к примеру, страхом разговаривать с людьми, есть или пить в присутствии других, или выходить к доске), а может быть настолько широкой (к примеру, при общей социальной фобии), что человек испытывает тревогу в присутствии практически всех, кроме членов своей семьи.

К физическим симптомам, часто сопровождающим социофобию, относятся: покраснение, сильная потливость, дрожь, тошнота и трудности во время разговора. Когда эти симптомы проявляются, человеку с социофобией, кажется, что все взоры обращены на него.

Социофобией страдает около 15 миллионов взрослых американцев.¹ И мужчины и женщины в равной степени склонны к этому расстройству,¹⁰ которое обычно начинается в детском возрасте или в период ранней юности.² Есть данные, свидетельствующие о роли генетических факторов в развитии социофобии.¹¹ Социофобия часто сопровождается другими тревожными расстройствами или депрессией,^{2,4} а попытки самолечения могут привести к злоупотреблению психоактивными веществами.^{4,5}

Социофобия успешно лечится при помощи лекарств или же некоторых видов психотерапии.

Специфические фобии

«Я смертельно боюсь летать, и больше никогда в жизни не сяду в самолет. Я впадаю в состояние ужаса перед полетом за месяц до предполагаемого путешествия. Это было ужасно, когда дверь самолета закрылась и я понял, что попал в западню. Мое сердце колотилось и я жутко разнервничался. Когда самолет взлетал и я понял, что не могу выйти из самолета, ощущение, что я в ловушке, только усилилось. Когда я думаю о полете, то я вижу, как я теряю контроль и самообладание и просто лезу на стенку..., но, конечно же, я никогда этого не делал. Я не боюсь разбиться или попасть в зону турбулентности. Это просто вот это ощущение, что нахожусь в западне. Стоит мне подумать о перемене работы, как сразу появляется мысль: «А мне не придется летать?» Сейчас я бываю только там, куда могу доехать на машине или на поезде. Мои друзья всегда говорят, что ведь и из движущегося на большой скорости поезда я тоже не могу выскочить, тогда почему же я не боюсь поездов? Я им просто отвечаю, что это совершенно иррациональный страх».

Специфические фобии – это сильный страх перед чем-то, на самом деле не представляющим собой большой опасности или и вовсе неопасным. Некоторые из наиболее распространенных специфических фобий это: боязнь закрытого пространства, высоты, эскалаторов, тоннелей, езды по шоссе, воды, полетов, собак и крови. Такие фобии – это не просто сильный страх; это - иррациональный страх чего-то конкретного. Вы можете запросто кататься на лыжах с самых высоких гор в мире, но не сможете подняться выше пятого этажа здания. Несмотря на то, что взрослые люди, страдающие фобиями, понимают, что их страхи иррациональны, встреча или даже мысль о встрече с внушающим страх объектом или ситуацией провоцирует приступ паники или сильной тревоги.

Специфическими фобиями страдают примерно 19,2 миллиона взрослого населения Америки¹. Эти фобии встречаются у женщин в два раза чаще, чем у мужчин,¹⁰ обычно проявляются в детстве или в юности и, как правило, сохраняются и в зрелом возрасте.¹² Причины специфических фобий не до конца понятны, но имеются некоторые данные о том, что предрасположенность к ним носит наследственный характер.¹¹

Люди, страдающие специфическими фобиями, чаще всего не обращаются за помощью, если внушающие страх ситуации или объекты легко избегать. Но если такое уклонение от проблем связано с их карьерой или личной жизнью, это может привести к потере трудоспособности и в таких случаях люди, обычно, прибегают к лечению.

Специфические фобии очень хорошо поддаются лечению с помощью целенаправленной психотерапии.

Синдром общей тревожности (COT/ GAD)

«Я всегда считал, что я просто волнительный человеком. Я чувствовал себя взвинченным и неспособным расслабиться. Порой это состояние приходило и уходило, а иногда становилось постоянным. Это могло продолжаться в течение нескольких дней. Я начинал волноваться по поводу того, что приготовить на праздник, или же, что лучше подарить кому-то. Я не могу просто взять и плюнуть на все.»

«У меня были жуткие проблемы со сном. Бывало, посреди ночи я просыпался с нервной дрожью. У меня появились проблемы с концентрацией, я не мог сосредоточиться даже на чтении газеты или романа. Иногда я чувствовал легкое головокружение. Сердце билось часто или сильно. И из-за этого беспокойство только нарастало. Мне всегда казалось, что все гораздо хуже, чем это было на самом деле: если у меня болел живот, то я решал, что это не меньше, чем язва».

Весь день людей с синдромом общей тревожности (СОТ/ GAD) наполнен чрезмерными волнениями и напряжением, даже если на то нет никаких причин или же причины незначительные. Они находятся в постоянном предчувствии катастрофы и излишне озабочены вопросами здоровья, денег, семейными проблемами или трудностями на работе. Иногда сама мысль, что нужно как-то пережить день, вызывает у них чувство тревоги.

Диагноз синдрома общей тревожности ставится в том случае, если состояние чрезмерного волнения по поводу различных повседневных проблем длится по крайней мере на протяжении 6 месяцев.¹³ Люди с СОТ не в состоянии избавиться от своих волнений, хотя в большинстве случаев понимают, что их тревога гораздо сильнее, чем того требует ситуация. Они не могут расслабиться, легко пугаются, им трудно сосредоточиться. Они с трудом засыпают или часто просыпаются. Физические симптомы, нередко сопровождающие чувство тревоги, включают слабость, головные боли, мышечное напряжение, мышечную боль, затрудненное глотание, дрожь, судороги, раздражительность, потливость, тошноту, головокружение, необходимость часто ходить в туалет, одышку, приливы.

Человек с легкой формой СОТ способен социально функционировать и работать. Хотя при СОТ люди не избегают определенных ситуаций (как при фобиях), при тяжелых формах заболевания они испытывают затруднения в выполнении простейших повседневных дел.

СОТ страдают около 6,8 миллионов взрослых американцев¹; этому расстройству женщины подвержены приблизительно в два раза чаще, чем мужчины.² Недуг возникает исподволь и может начаться в любом возрасте, хотя самый высокий риск заболевания выпадает на период между детством и средним возрастом.² Диагноз СОТ ставят в том случае, если человек испытывает чрезмерное волнение по поводу ряда ежедневных проблем на протяжении по меньшей мере 6 месяцев. Есть данные, свидетельствующие о том, что гены не играют большой роли в развитии СОТ.¹³

СОТ редко встречается сам по себе и чаще всего ему сопутствуют другие виды тревожных расстройств, депрессия или же злоупотребление психоактивными веществами.^{2,4} СОТ обычно лечится медикаментозно или при помощи когнитивно-поведенческой терапии; при этом необходимо лечить и сопутствующие состояния с применением соответствующих методов лечения.

Лечение тревожных расстройств

Обычно, тревожные расстройства лечатся при помощи лекарств, особых видов психотерапии или же комбинаторно, используя оба метода вместе.¹⁴ Выбор курса лечения зависит от проблемы и личных предпочтений больного. Перед началом лечения, врач должен провести тщательное диагностическое освидетельствование, чтобы определить чем вызваны симптомы: тревожным расстройством или же соматической проблемой. Если врач ставит диагноз тревожного расстройства, необходимо установить тип расстройства или же сочетание имеющихся расстройств, а также выявить любые сопутствующие состояния, такие как депрессия или злоупотребление психоактивными веществами.

Иногда алкоголизм, депрессия или другие сопутствующие заболевания оказывают такое сильное воздействие на человека, что приходится отложить лечение тревожных расстройств, пока сопутствующие состояния не будут взяты под контроль.

Больные, ранее уже проходившие курс лечения тревожных расстройств, должны подробно рассказать о нем своему нынешнему врачу. Если они принимали лекарства, то нужно сказать какие именно, с каких доз начинался курс, корректировалась ли доза по ходу лечения, были ли побочные действия и помогло ли им лечение. Если же они проходили курс психотерапии, то нужно рассказать о типе терапии, частоте сеансов и насколько эффективно было это лечение.

Часто люди полагают, что «провалили» лечение, или, что лечение не помогло им, хотя, в действительности проблема может заключаться в том, что изначально курс лечения был избран неправильно или продолжался недостаточно долго. Иногда человеку приходится испробовать несколько различных методов лечения или сочетание нескольких методов, прежде чем для него будет подобран эффективный курс.

Лекарства

Лекарства не излечивают тревожные расстройства, но с их помощью болезнь можно держать под контролем пока больной проходит курс психотерапии. Лекарства назначает врач, как правило, это психиатр, который может либо сам проводить психотерапию, либо же работать совместно с психологами, социальными работниками или консультантами, обеспечивающими психотерапевтическую помощь. Основные препараты, используемые при тревожных расстройствах, это: антидепрессанты, седативные средства и бета-блокаторы (для лечения некоторых соматических симптомов). При надлежащем лечении, многие люди, страдающие тревожными расстройствами, могут вести нормальную, полноценную жизнь.

Антидепрессанты

Антидепрессанты были разработаны для лечения депрессии, но они эффективны и при лечении тревожных расстройств. Хотя действие этих препаратов на химические процессы головного мозга начинается уже после первого приема, для достижения полного эффекта должны произойти серьезные изменения; проходит, как правило, от 4 до 6 недель, прежде чем симптомы начинают постепенно ослабевать. Чтобы антидепрессанты подействовали, очень важно продолжать принимать их достаточно долго.

СИОЗС (SSRI)

Группа современных антидепрессантов называется «селективные ингибиторы обратного захвата серотонина» (или СИОЗС). СИОЗС меняет уровень серотонина - нейротрансмиттера (нейромедиатора) головного мозга. Серотонин, подобно другим нейротрансмиттерам, помогает клеткам головного мозга контактировать между собой.

Флуоксетин (Prozac[®]), сертралин (Золофт[®]), эсциталопрама (Лехарго[®]), пароксетин (Рахил[®]) и циталопрам (Celexa[®]) – некоторые из СИОЗС, обычно назначаемые при паническом расстройстве, ОКР, ПТСР и социофобии.

СИОЗС применяются также для лечения панического состояния при сопутствующих ОКР, социофобии или депрессии. Венлафаксин (Effexor®) - лекарство, тесно связанное с СИОЗС, - используется для лечения СОТ. Эти препараты назначают сначала в небольших дозах, а затем постепенно их увеличивают до появления позитивного терапевтического эффекта.

У СИОЗС меньше побочных действий, чем у антидепрессантов предыдущих поколений, но иногда в самом начале лечения на фоне их приема у больного могут появиться небольшая тошнота или нервное возбуждение. Со временем эти симптомы постепенно исчезают. У некоторых пациентов при приеме СИОЗС наблюдается половая дисфункция, которую можно устранить, откорректировав дозу либо же переведя больного на другой препарат.

Трициклические антидепрессанты

Трициклические антидепрессанты принадлежат к более раннему, нежели СИОЗС, поколению, но также применимы при тревожных расстройствах (за исключением ОКР). Их прием также начинают с низких доз с постепенным их увеличением. Трициклические антидепрессанты иногда вызывают головокружение, сонливость, сухость во рту, увеличение веса. Эти побочные действия обычно исчезают после изменения дозы или перевода пациента на другой препарат этой же группы.

К трициклическим антидепрессантам принадлежат имипрамин (Tofranil®), который назначают при панических расстройствах и СОТ, и кломипрамин (Anafranil®) - единственный трициклический антидепрессант, использующийся для лечения ОКР.

ИМАО (МАОИ)

Ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО) принадлежат к антидепрессантам самого раннего поколения. К ИМАО, наиболее часто назначаемым при тревожных расстройствах, принадлежат: фенелзин (Nardil®), транилципромин (Parnate®) и изокарбоксазид (Marplan®). Эти препараты применяются при лечении панических расстройств и социофобии. Принимая ИМАО людям следует воздерживаться от употребления продуктов питания и напитков, содержащих тирамин (в том числе сыра и красного вина); от приема определенных медикаментов, в частности, некоторых видов противозачаточных средств, обезболивающих лекарств (таких как Advil®, Motrin®, Tylenol®), препаратов, используемых при острых вирусных инфекциях верхних дыхательных путей, а также антиаллергических средств и травяных добавок. Взаимодействие тирамина с МАО ингибиторами может вызвать опасное повышение артериального давления. Разработка ИМАО в форме пластырей поможет снизить риск такой реакции. ИМАО также может давать нежелательную реакцию в комбинации с СИОЗС. Их взаимодействие чревато тяжелыми последствиями, вызывая так называемый «серотониновый синдром», при котором появляется дезориентация, галлюцинации, повышенное потоотделение, ригидность мышц, конвульсии, изменение артериального давления или сердечного ритма, а также другие потенциально опасные для жизни симптомы.

Седативные препараты

Сильнодействующие препараты класса бензодиазепинов лечат тревожность. Помимо сонливости, имеют еще ряд побочных действий. Так как они вызывают привыкание и для достижения эффекта требуют постоянного повышения дозы, бензодиазепины назначают обычно на непродолжительный срок, особенно алкоголикам и наркоманам, а также тем, у кого легко развивается зависимость к препаратам. Единственное исключение из этого правила – люди с паническим расстройством; они могут принимать бензодиазепины на протяжении года без какого-либо вреда для себя.

Клоназепам (Klonopin[®]) используется при социофобии и СОТ, лоразепам (Ativan[®]) помогает при паническом состоянии, алпразолам (Xanax[®]), применяется как при паническом расстройстве, так и при СОТ.

Резкое прекращение приема бензодиазепинов вместо постепенной отмены, может вызвать абстинентный синдром и возвращение симптомов тревожности. Из-за этих потенциальных проблем некоторые врачи предпочитают избегать этих препаратов или же назначают их в недостаточных дозах.

Буспирон (Buspar[®]) - анксиолитик, один из новейших седативных препаратов, используемых для лечения СОТ. Возможные побочные действия: головокружение, головные боли и тошнота. В отличие от бензодиазепинов, для достижения седативного эффекта буспирон необходимо принимать систематически на протяжении хотя бы 2 недель.

Бета-блокаторы

Бета-блокаторы, к примеру, пропранолол (Inderal[®]), используемые для лечения болезней сердца, могут предотвратить появление физических симптомов, сопровождающих определенные виды тревожных расстройств, в частности социофобию. Когда пугающая ситуация заранее предсказуема и ожидаема (к примеру, доклад), врач может назначить бета-блокатор, чтобы предотвратить проявление физических симптомов тревожности.

Психотерапия

Психотерапия состоит из бесед с опытным специалистом по психиатрии, к примеру, с психиатром, психологом или социальным работником, и цель ее заключается в том, чтобы выявить причины тревожного расстройства и найти способы преодоления его симптомов.

Когнитивно-поведенческая терапия

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) весьма успешно применяется при лечении тревожных расстройств. Когнитивная составляющая терапии помогает людям преодолеть стереотипы мышления, служащие основанием их страхов; а поведенческая составляющая помогает изменить реакцию на вызывающие тревожность ситуации.

К примеру, КПТ может помочь человеку с паническим расстройством понять и усвоить, что его приступы паники на самом деле не являются инфарктом. Человеку с социофобией КПТ поможет научиться как преодолевать чувство, что все на тебя смотрят и обсуждают. Если человек готов противостоять своим страхам, его научат, как применять методику «сталкивания» с вызывающими его страхи и тревоги ситуациями, чтобы сделать себя нечувствительным к пусковым механизмам проблемы.

Людей с ОКР, испытывающих страх перед грязью и бактериями, вынуждают испачкать руки и не мыть их сразу, а выждать какое-то время, причем продолжительность ожидания все время увеличивается. Психолог помогает человеку справиться с беспокойством, вызванным ожиданием. После определенного количества таких упражнений, тревожность исчезает. Людям, страдающим социофобией, предлагается провести время в пугающих для них социальных ситуациях, преодолевая соблазн убежать и боязнь совершить промахи, и наблюдая за реакцией людей.

Так как реакция окружающих, как правило, вовсе не такая страшная, как того опасался больной, то тревоги сглаживаются. Людям с посттравматическим стрессом создают условия, чтобы они припомнили и пережили свой травматический опыт в безопасной обстановке, что способствует снижению чувства страха, порождаемого этими воспоминаниями. Специалисты по когнитивно-поведенческой терапии обучают также системе глубокого дыхания и другим упражнениям, которые помогают снизить тревожность и стимулируют расслабление.

Метод поведенческой терапии, основанный на принципе сталкивания больного с ситуациями, вызывающими их страхи и тревогу, на протяжении многих лет применяется для лечения специфических фобий. Человека «сталкивают» с предметами или ситуациями, которых он боится, постепенно. Сначала ему показывают картинки, фотографии или видео-аудио записи, и только после этого человек должен встретиться с проблемой лицом к лицу. Во многих случаях психотерапевт сопровождает пациента в пугающей ситуации, чтобы поддерживать и направлять его.

К КПТ прибегают, когда человек решит, что он готов к этому, с его разрешения и при его сотрудничестве. Чтобы достичь успеха, терапия должна быть направлена на специфические страхи конкретного пациента и адаптирована к ее или его потребностям. При КПТ нет никаких побочных действий, за исключением дискомфорта от временного усиления тревоги.

Курс КПТ или поведенческой терапии чаще всего продолжается около 12 недель. Она может проводиться индивидуально или в группе вместе с людьми с аналогичными проблемами. Групповая терапия чрезвычайно эффективна в случае лечения социофобии. Часто в перерыве между сеансами участники получают «домашнее задание». Есть данные, что при лечении панического расстройства благоприятные результаты КПТ имеют более продолжительный эффект, чем результаты медикаментозного лечения. Эти данные могут быть применимы и в отношении лечения ОКР, ПТСР и социофобии. В случае возникновения рецидива расстройства, можно с успехом использовать тот же терапевтический метод во второй раз.

При лечении специфических тревожных расстройств можно применять курс комбинированного лечения, сочетая лекарства и психотерапию. Подобная методика – наиболее подходящая для многих больных.

Прием лекарств

Перед началом приема препаратов для лечения тревожного расстройства:

- Попросите лечащего врача ознакомить вас с действием препарата и его побочными эффектами.
- Расскажите своему доктору обо всех альтернативных средствах, к которым вы прибегаете, и обо всех безрецептурных лекарствах, которые вы принимаете.
- Спросите своего лечащего врача когда и как следует прекратить прием препарата. Некоторые лекарства нельзя резко бросать, а необходимо отменять их постепенно и под наблюдением врача.
- Совместно со своим лечащим врачом определите какое лекарство лучше всего подходит вам и в каких дозах.
- Имейте в виду, что некоторые препараты эффективны только при их регулярном приеме и после прекращения приема лекарства симптомы расстройства могут появиться снова.

Куда обращаться за помощью при тревожных расстройствах

Если вы подозреваете у себя тревожное расстройство, то в первую очередь вам следует обратиться к своему терапевту. Он сможет определить являются ли беспокоящие вас симптомы следствием тревожного расстройства, соматического заболевания или же и того и другого.

Если вам поставили диагноз тревожного расстройства, следующее, что вы должны сделать, - это пойти к специалисту по психиатрии. При лечении тревожных расстройств наиболее целесообразно обращаться к практикующим врачам, у которых есть опыт в области когнитивно-поведенческой и/или поведенческой терапии и которые, в случае необходимости, открыты к применению медикаментозного лечения.

Вы должны чувствовать себя комфортно, беседуя с психиатром, к которому обратились. Если вам с ним неуютно, то следует поискать другого врача. Как только вы найдете доктора, с которым вам комфортно, вы должны стать с ним соратниками и вместе разработать лечебный план по борьбе со своим недугом.

Помните, начав принимать лекарства, нельзя резко их бросать. Некоторые препараты нужно отменять постепенно и под наблюдением врача, в противном случае могут возникнуть нежелательные реакции. Перед тем, как прекратить прием лекарства непременно поговорите с врачом, который вам его назначил. Если вас беспокоят побочные действия, вполне возможно, что их можно устранить, откорректировав дозировку препарата и режим его приема.

Большинство медицинских страховок, в том числе организации медицинского обеспечения (НМО), покрывают затраты на лечение тревожных расстройств. Обратитесь в свою страховую компанию и выясните этот вопрос. Если у вас нет медицинской страховки, Отдел здравоохранения и социального обеспечения вашей местной администрации может предложить психиатрическую помощь в общественном центре психического здоровья, в которых плата за лечение соразмерна платежеспособности пациентов. Если вы получаете государственное денежное пособие, вам может предоставить помощь государственная программа Medicaid.

Как сделать лечение более эффективным

Многим людям с тревожными расстройствами помогает участие в группах взаимопомощи или поддержки, где можно поделиться с другими своими проблемами и успехами. Тематические чаты в Интернете также могут оказаться полезными в этом отношении, но к любому полученному по Интернету совету нужно относиться осторожно, так как виртуальные знакомые обычно никогда друг друга не видели и в виртуальном пространстве существует множество фиктивных личностей. Беседа с надежным другом или священником также может поддержать, но она не может заменить собой помощь специалиста по психиатрии.

Методики управления стрессом и медитация способны помочь страдающим тревожными расстройствами людям расслабиться и тем самым усилить эффект лечения. Имеются предварительные данные, что занятия аэробикой могут оказывать успокаивающее действие. Кофеин, наркотики и даже некоторые безрецептурные средства от простуды могут усилить симптомы тревожных расстройств. Поэтому их следует избегать. Перед тем, как начать принимать какое-нибудь новое лекарство, проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или фармацевтом.

Семья играет очень важную роль в выздоровлении человека с тревожным расстройством. В идеале, семья должна поддерживать своих родных, а не способствовать закреплению у них симптомов. Члены семьи не должны упрощать проблему, делая вид будто она не стоит выведенного яйца; не должны требовать выздоровления без лечения.

Если кто-то из ваших близких ведет себя, как описано выше, будет бесполезно показать им этот буклет, чтобы они стали вашими просвещенными союзниками и могли помочь вам добиться успеха в лечении.

Роль научных исследований в изучении тревожных расстройств и совершенствовании методов лечения

NIMH поддерживает исследование причин, диагностики, профилактики и лечения тревожных расстройств и других психических заболеваний. Ученые изучают роль генов в развитии этих недугов, исследуют влияние факторов окружающей обстановки, таких как, загрязнение воздуха, физические и психологические стрессы, режим питания. Кроме того, проводятся исследования «естественного развития» (течения болезни без лечения) тревожных расстройств, протекающих отдельно, в сочетании с другими тревожными расстройствами и с сопутствующими психическими заболеваниями, например, депрессией.

В настоящее время ученые считают, что как и сердечные заболевания или сахарный диабет I типа, психические болезни являются сложными заболеваниями и, вероятно, возникают в результате сочетания генетических, экологических, психологических и эволюционных факторов. К примеру: финансируемые NIMH исследования близнецов и семей наводят на мысль, что генетика играет роль в развитии некоторых тревожных расстройств, но при этом пусковым механизмом такого недуга, как ПТСР, является травма. Генетические исследования могут помочь разобраться почему у некоторых подвергнувшихся травме людей развивается ПТСР, а у других - нет.

Некоторые части головного мозга играют ключевую роль в продуцировании чувства страха и тревоги.¹⁵ Используя технологии визуализации человеческого мозга и нейрохимические методы, ученые обнаружили, что мозжечковая миндалина и гиппокамп играют значительную роль в развитии большинства тревожных расстройств.

Мозжечковая миндалина – это миндалевидный участок, расположенный глубоко внутри головного мозга. Как полагают, именно мозжечковая миндалина является узловым центром связи между частями головного мозга, которые обрабатывают поступающие сенсорные импульсы, и частями, эти импульсы интерпретирующими. Мозжечковая миндалина предупреждает остальную часть головного мозга о существовании угрозы и «запускает» ответную реакцию - страх или тревогу. Эмоциональная память, как оказалось, хранится в центральной части мозжечковой миндалины и может играть роль в возникновении тревожных расстройств, связанных с весьма непохожими друг на друга страхами, как например, боязнь собак, пауков или перелетов.

Гиппокамп – часть мозга, кодирующая страшные события в воспоминания. Исследования выявили, что у некоторых жертв жестокого обращения в детстве или же у участников военных действий объем гиппокампа меньше, чем у других людей.^{17,18} Исследованиям предстоит выяснить, что является причиной такого уменьшения в размере, и какую роль играет этот факт в таких свойственных ПТСР проявлениях, как вспышки памяти, нарушения эксплицитной памяти и отрывочные воспоминания о травматическом событии.

Узнав больше о том, как головной мозг порождает страх и тревогу, ученые смогут разработать более эффективные методы лечения тревожных расстройств. К примеру, если выяснится, что определенные нейротрансмиттеры играют важную роль в порождении страха, можно разработать лекарства, блокирующие их и уменьшающие страх, как ответную реакцию;

если будет достаточно известно о том, как головной мозг генерирует образование новых клеток в течение жизни, то, вероятно, можно будет стимулировать рост нейронов гиппокампа у людей с ПТСР.

Посвященные тревожным расстройствам современные исследования NIMH занимаются изучением эффективности медикаментозной и поведенческой терапии при лечении ОКР, безопасности и действенности лекарственных препаратов для детей и подростков, у которых тревожное расстройство сочетается с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Примечания

1. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. *Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. Archives of General Psychiatry, 2005 Jun;62(6):617-27.
2. Robins LN, Regier DA, eds. *Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press, 1991.
3. The NIMH Genetics Workgroup. *Genetics and mental disorders*. NIH Publication No. 98-4268. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1998.
4. Regier DA, Rae DS, Narrow WE, et al. *Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders*. British Journal of Psychiatry Supplement, 1998; (34): 24-8.
5. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. *The relation between alcohol problems and the anxiety disorders*. American Journal of Psychiatry, 1990; 147(6): 685-95.
6. Wonderlich SA, Mitchell JE. *Eating disorders and comorbidity: empirical, conceptual, and clinical implications*. Psychopharmacology Bulletin, 1997; 33(3): 381-90.
7. Davidson JR. *Trauma: the impact of post-traumatic stress disorder*. Journal of Psychopharmacology, 2000; 14(2 Suppl 1): S5-S12.
8. Margolin G, Gordis EB. *The effects of family and community violence on children*. Annual Review of Psychology, 2000; 51: 445-79.
9. Yehuda R. *Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder*. Canadian Journal of Psychiatry, 1999; 44(1): 34-9.
10. Bourdon KH, Boyd JH, Rae DS, et al. *Gender differences in phobias: results of the ECA community survey*. Journal of Anxiety Disorders, 1988; 2: 227-41.
11. Kendler KS, Walters EE, Truett KR, et al. *A twin family study of self-report symptoms of panic-phobia and somatization*. Behavior Genetics, 1995; 25(6): 499-515.
12. Boyd JH, Rae DS, Thompson JW, et al. *Phobia: prevalence and risk factors*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1990; 25(6): 314-23.
13. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, et al. *Generalized anxiety disorder in women. A population-based twin study*. Archives of General Psychiatry, 1992; 49(4): 267-72.
14. Hyman SE, Rudorfer MV. *Anxiety disorders*. In: Dale DC, Federman DD, eds. Scientific American Medicine. Volume 3. New York: Healthon/WebMD Corp., 2000, Sect. 13, Subsect. VIII.
15. LeDoux J. *Fear and the brain: where have we been, and where are we going?* Biological Psychiatry, 1998; 44(12): 1229-38.
16. Rauch SL, Savage CR. *Neuroimaging and neuropsychology of the striatum*. Bridging basic science and clinical practice. Psychiatric Clinics of North America, 1997; 20(4): 741-68.
17. Bremner JD, Randall P, Scott TM, et al. *MRI-based measurement of hippocampal volume in combat-related posttraumatic stress disorder*. American Journal of Psychiatry, 1995; 152:973-81.
18. Stein MB, Hanna C, Koverola C, et al. *Structural brain changes in PTSD: does trauma alter neuroanatomy?* In: Yehuda R, McFarlane AC, eds. Psychobiology of posttraumatic stress disorder. Annals of the New York Academy of Sciences, 821. New York: The New York Academy of Sciences, 1997.
19. Molavi DW. The Washington University School of Medicine Neuroscience Tutorial for First-Year Medical Students. (1997) Washington University Program in Neuroscience. Retrieved November 16, 2005, from <http://thalamus.wustl.edu/course>.
20. *Understanding Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. Stanford University School of Medicine. Retrieved November 16, 2005, from <http://ocd.stanford.edu/about/understanding.html>.
21. Rolls ET. *The functions of the orbitofrontal cortex*. Neurocase. 1999;5:301-312.
22. Saxena S, Brody AL, Schwartz JM, et al. *Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder*. British Journal of Psychiatry Supplement. 1998;35:26-37.
23. Gould E, Reeves AJ, Fallah M, et al. *Hippocampal neurogenesis in adult Old World primates*. Proceedings of the National Academy of Sciences USA, 1999, 96(9): 5263-7.

Источники

National Institute of Mental Health

Office of Communication and Public Liason
[Национальный институт психического здоровья (NIMH)
Отдел по связям с общественностью]
6001 Executive Boulevard
Room 8184, MSC 9663
Bethesda, MD 20892-9663
Бесплатная линия справочной службы:
По вопросам тревожных расстройств:
1-88-88-ANXIETY
По вопросам депрессии: 1-800-421-4211
По общим вопросам: (301) 443-4513
Текстовый телефон: (301) 443-8431
Электронный адрес: nimhinfo@nih.gov
Веб сайт: <http://www.nimh.nih.gov>

Anxiety Disorders Association of America

[Американская ассоциация по вопросам тревожных расстройств]
8730 Georgia Ave, Suite 600
Silver Spring, MD 20910
(240) 485-1001
www.adaa.org

Freedom from Fear

[«Свобода от страха»]
308 Seaview Avenue Staten Island,
NY 10305
(718) 351-1717
www.freedomfromfear.com

Obsessive Compulsive (OK) Foundation

[Фонд обсессивно-компульсивного расстройства (OK)]
337 Notch Hill Road
North Branford, CT 06471
(203) 315-2190
www.ocfoundation.org

American Psychiatric Association

[Американская ассоциация психиатров]
1400 K Street, NW
Washington, DC 20005
(888) 357-7924
www.psych.org

American Psychological Association

[Американская ассоциация психологов]
750 1st Street, NE
Washington, DC 20002-4242
(202) 336-5510 (800) 374-2721
www.apa.org

Association for Advancement

[Ассоциация содействия прогрессу]
305 7th Avenue, 16th floor
New York, NY 10001-6008
(212) 647-1890
www.aabt.org

National Alliance for the Mentally Ill

[Национальный альянс помощи душевнобольным]
Colonial Place Three
2107 Wilson Blvd.,
Suite 300 Arlington, VA 22201
1-800-950-NAMI (-6264) /
(703) 524-7600
www.nami.org

National Mental Health Association

[Национальная ассоциация психического здоровья]
2001 N. Beauregard St, 12th floor,
Alexandria, VA 22311
1-800-969-NMHA (-6642) /
(703) 684-7722
www.nmha.org

National Center for PTSD, U.S. Department of Veterans Affairs

[Национальный центр ПТСР, США
Отдел по делам ветеранов]
116D VA Medical
and Regional Office Center
215 N. Main St.
White River Junction, VT 05009
(802) 296-6300
Электронный адрес: ncptsd@ncptsd.org;
Веб сайт: www.ncptsd.org

Справки по вопросам клинических испытаний

Веб-страница клинических испытаний NIMH

[www.nimh.nih.gov/studies/
index.cfm](http://www.nimh.nih.gov/studies/index.cfm)

Национальная медицинская библиотека База данных клинических испытаний

www.clinicaltrials.gov