УТВЕРЖДАЮ

21 ноября 2024 г.

Клинические рекомендации

Генерализованное тревожное расстройство

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: F41.1

Возрастная группа: взрослые

Год утверждения: 202_

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество психиатров

Оглавление

Оглавление 2
Список сокращений 4
Термины и определения 5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) 6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) . 7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 7
Кодирование по Международной классификации болезней (МКБ-10) 7
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 7
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 8
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики 11
2.1 Жалобы и анамнез 12
2.2 Физикальное обследование 14
2.3 Лабораторные диагностические исследования 15
2.4 Инструментальные диагностические исследования 16
2.5. Иные диагностические исследования 17
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 20
3.1. Комплексная терапия 20
3.2. Психофармакотерапия 21
Терапия первой линии 21
Терапия второй линии 23
Терапия третьей линии 25
Терапия четвертой линии (терапевтическая резистентность) 27
Продолженная и длительная психофармакотерапия 31
3.3 Психотерапия 32
3.4 Иные методы терапии 37
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов 38
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики 39
6. Организация оказания медицинской помощи 42

Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) 43
Критерии оценки качества медицинской помощи 44
Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при генерализованном тревожном расстройстве (коды по МКБ - 10: F41.1) 44
Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ГТР (код по МКБ-10 F41.1) 44
Список литературы 46
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций 68
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций 70
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата 72
Приложение Б. Алгоритмы действий врача 74
Приложение Б2. Алгоритм профилактики и ведения пациентов с синдромом отмены приема антидепрессантов (СОПА) 77
Приложение В. Информация для пациента 78
Приложение Г1-Г16. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях 80
Приложение Г1. Шкала М. Гамильтона для оценки тревоги 80
Приложение Г2. Скрининговый опросник ГТР-7 86
Приложение Г3. Опросник выраженности психопатологической симптоматики 88
Приложение Г4. Интегративный тест тревожности – ИТТ 95
Приложение Г5. Методика оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина 100
Приложение Г6. Шкала тревоги А. Бека 105
Приложение Г7. Шкала самооценки тревоги Д. Шихана 107
Приложение Г8. Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI) 111
Приложение Г9. Ich Struktur Test nach G. Ammon – методика «Я-структурный тест» Г. Аммона (1978) (ISTA) 112
Приложение Г10. Методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК) 113
Приложение Г11. «Personal Beliefs Test» (Kassinove H., Berger A., 1988) - Опросник для исследования личностных убеждений 114
Приложение Г12.Life Style Index – методика «Индекс жизненного стиля» (LSI) 115
Приложение Г13. Стратегии совладающего поведения (СПП) 116
Приложение Г14. Мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne Decision Making Questionnaire, – MDMQ 117
Приложение Г15. Опросник невротической личности KON-2006 118
Приложение Г16. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) 120

Список сокращений

ГТР - генерализованное тревожное расстройство

ИТТ- интегративный тест тревожности

МКБ - международная классификация болезней

МРТ - магнитно-резонансная томография

ПАВ - психоактивные вещества

РКИ - рандомизированные клинические исследования

СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СИОЗСН - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина

УДД - уровень достоверности доказательств

УУР - уровень убедительности рекомендаций

BAI - ((Eng.) The Beck Anxiety Inventory) Шкала тревоги Бека

CGI - ((Eng.) Clinical Global Impression Scale) Шкала общего клинического впечатления

COPE – ((Eng.) Coping) - методика совладающего поведения

HARS - (Eng.) The Hamilton Anxiety Rating Scale)-Шкала тревоги Гамильтона

IIP - ((Eng.) Inventory of Interpersonal Problems) -Опросник для исследования межличностных проблем

ISTA - ((Germ.) Ich Struktur Test nach G. Ammon) - Методика «Я-структурный тест» Г. Аммона, И. Бурбиль

LSI - ((Eng.) Life style index) - методика «Индекс жизненного стиля»

MDMQ - ((Eng.) Melbourne Decision Making Questionnaire) - Мельбурнский опросник принятия решений

MMPI - ((Eng.) Minnesota Multiphasic Personality Inventory) - Стандартизованный клинический личностный опросник

MPS - ((Eng.) Multidimensional Perfectionism Scale) - Многомерная шкала перфекционизма

SCL-90-R - ((Eng.) Symptom Check List-90- Revised) - Опросник выраженности психопатологической симптоматики

ShARS - ((Eng.) Sheehan Anxiety Scale) - шкала тревоги Шихана

STAI- ((Eng.) State-Trait Anxiety Inventory) - Шкала тревоги Спилбергера-Ханина

Термины и определения

Тревога — отрицательно окрашенная эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия. В отличие от причин страха, причины тревоги обычно не осознаются, но она предотвращает участие человека в потенциально вредном поведении, или побуждает его к действиям по повышению вероятности благополучного исхода событий.

Психофармакотерапия — это применение психотропных лекарственных средств в лечении психических расстройств.

Психотерапия — это система лечебного воздействия на психику человека, а через психику и посредством нее на весь организм человека.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) - распространенная и устойчивая тревога и напряжение, не ограниченные или не вызванные преимущественно какими-либо особыми окружающими обстоятельствами («свободно плавающая тревога»). Заболевание характеризуется хроническим или рекуррентным течением и может приводить к выраженной дезадаптации и повышенному суицидальному риску. Длительность тревожного состояния составляет как минимум 6 месяцев, не поддается сознательному контролю, то есть ее невозможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями, при этом интенсивность тревожных переживаний несоразмерна актуальной жизненной ситуации пациента [1,2,3].

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Среди факторов риска появления ГТР выделяют [4,5,6,7]:

- личностные особенности -осторожное поведение в незнакомой ситуации, негативная аффективность и повышенная настороженность, избегание возможного реального или воображаемого вреда, относятся к факторам, ассоциированным с ГТР.
- социальные факторы - хотя среди пациентов с ГТР чаще встречается воспитание по типу гиперпротекции и психотравмирующие воздействия в детском возрасте, на сегодня не выделен специфический психосоциальный фактор, имеющий связь с манифестацией ГТР.
- генетические и физиологические факторы - ГТР относится к полигенным мультифакторным заболеваниям, активно ведется изучение генетических полиморфизмов (множества генетических вариантов), отвечающих за манифестацию ГТР. Роль генетических факторов для ГТР составляет порядка 30%, однако эти же генетические факторы определяют негативную аффективность и влияют на манифестацию других аффективных расстройств, в особенности депрессивного. Считается, что генетический риск для женщин в два раза больше, чем для мужчин.

ГТР остается наименее изученным из всех тревожных расстройств из-за высокой коморбидности с другими расстройствами настроения. В настоящее время получены данные о роли в патогенезе ГТР чрезмерной активности норадренергической системы, низкой плотности бензодиазепиновых рецепторов. Также изучается задействованность иммунной системы с учетом того, что постоянные тревожные руминации могут способствовать высвобождению

цитокинов и поддержанию «тлеющих воспалительных реакций» в организме.

Среди психологических теорий ГТР одной из наиболее популярных является метакогнитивная теория, согласно которой у пациентов с ГТР в метакогнитивном функционировании, связанном с наблюдением и оценкой собственных когнитивных процессов, преобладает представление о протективной и контролирующей реальность функциях избыточного беспокойства и катастрофических сценариев. Факт того, что большинство негативных сценариев, связанных с будущим, не реализуется, в данном случае подтверждает защитную роль беспокойства и позитивно подкрепляется, что способствует приверженности тревожной метакогнитивной модели.

Психодинамический подход указывает на то, что опыт депривации со значимым другим, олицетворяющим безопасность и отсутствие стабильной или преобладание тревожной модели привязанности в раннем детстве приводит к отсутствию чувства базовой безопасности, дефициту в структуре личности, определяющим преобладание свободно плавающей, нефабулируемой тревоги над ситуативной, проблемы в дифференциации психических и соматических ощущений и регуляцию аффективного напряжения, что создает предиспозицию для манифестации ГТР.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Распространенность ГТР в течение жизни варьирует от 0,1 до 8,5% и в среднем составляет около 5% случаев среди взрослого населения. Среди других тревожных расстройств составляет существенную долю - от 12 до 25%. Чаще встречается у женщин. Соотношение женщин и мужчин составляет 3:1. Распространенность текущего ГТР определена в диапазоне от 2 до 3%. Чаще всего начинается между 21,1 и 34,9 годами. [8,9,10,11,12,13]. Информация о распространенности ГТР в России отсутствует, но диагноз ГТР ставится значительно реже, чем в зарубежных странах [133,140,224].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Кодирование по Международной классификации болезней (МКБ-10)

F41.1 - Генерализованное тревожное расстройство

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Классификация ГТР [3]:

1. Хроническое генерализованное расстройство
2. Рекуррентное генерализованное расстройство

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Генерализованная тревога:

- длится не менее 6 месяцев;
- захватывает различные стороны жизни пациента, обстоятельства и виды деятельности;
- направлена преимущественно на предстоящие события;
- не поддается контролю, ее невозможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями;
- несоразмерна актуальной жизненной ситуации пациента;
- нередко сопровождается переживаниями чувства вины.

Клиническая картина представлена преимущественно тремя характерными группами симптомов ГТР [2,14,15,16,17,18,19,20,21]:

1. Беспокойство и опасения, которые пациенту трудно контролировать и которые длятся дольше, чем обычно. Это беспокойство генерализовано диффузно и не фокусируется на специфических проблемах, таких как возможность приступа паники (как при паническом расстройстве), оказаться в затруднительном положении (как при социальной фобии) или загрязненным (при обсессивно-компульсивном расстройстве).

2. Другими психическими симптомами ГТР являются раздражительность, повышенная бдительность (гипервигилитет), трудности сосредоточения и чувствительность к шуму (гиперакузия).

3. Мышечное напряжение, которое может выражаться в треморе, неспособности расслабиться, повышенном мышечном тонусе (и быть причиной болей различной локализации), головной боли (обычно билатеральной и часто в лобной и затылочной областях), ноющих мышечных болях, ригидности мышц, особенно мышц спины и плечевой области [1,21,22].

4. Гиперактивность вегетативной нервной системы, которая выражается повышенным потоотделением, тахикардией, сухостью во рту, дискомфортом в эпигастрии и головокружением и другими симптомами вегетативного возбуждения [1,21,22].

Таблица 1.

Характерные проявления при ГТР

Психопатологические проявления	первичная тревога, проявляющаяся в виде: постоянной напряженности, опасений, настороженности (гипервигилитета), тревожных руминаций (ожидания «плохого»), нервозности,

	неадекватного беспокойства озабоченности по разным причинам (например, по поводу возможных опозданий, качества выполненной работы, соматического недомогания, боязнь несчастного случая или болезни, безопасности детей, финансовых проблем и т.д.) чувство головокружения, неустойчивости или обморочности, чувство, что предметы нереальны (дереализация) или, что собственное Я отделилось или «по-настоящему находится не здесь» страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти страх умереть усиленные проявления на неожиданности или на испуг затруднение сосредоточения внимания или «пустота» в голове из-за беспокойства постоянная раздражительность
Вегетативные симптомы: желудочно-кишечные дыхательные сердечно-сосудистые урогенитальные нервная система	сухость во рту, затруднение при глотании, дискомфорт в эпигастрии, метеоризм, абдоминальный дистресс, диарея, тошнота ощущение сжатия, боль и дискомфорт в груди, диспноэ, затрудненность вдоха (в противоположность затрудненности выдоха при астме), чувство удушья и последствия гипервентиляции ощущение дискомфорта в области сердца, сердцебиение, ощущение перебоев в области сердца, пульсации шейных сосудов учащенное мочеиспускание, нарушения эрекции, диспареуния, снижение либидо, менструальные нарушения, временная аменорея чувство пошатывания, ощущение нечеткости зрения, головокружение и парестезии, потливость, тремор или дрожь, приливы жара и ознобы, онемение или ощущение покалывания
Нарушения сна	затруднения при засыпании из-за беспокойства ощущение беспокойства при пробуждении. прерывистый или поверхностный сон сон с неприятными сновидениями. сон с кошмарными сновидениями, нередко пробуждения в тревоге отсутствие чувства отдыха утром

Факторы, свидетельствующие о более благоприятном прогнозе: позднее начало расстройства; незначительная выраженность социальной дезадаптации; пол - женщины более предрасположены к ремиссии [2,10,12,14].

Факторы, свидетельствующие о неблагоприятном прогнозе: плохие взаимоотношения с супругом или родственниками; наличие коморбидных психических расстройств; пол - мужчины менее предрасположены к ремиссии [2,10,12,14].

Коморбидность является характерным признаком ГТР. Свыше 90% всех пациентов с

первичным диагнозом «генерализованное тревожное расстройство» в течение жизни имели еще и другое психическое расстройство [2,22,23,26,27,29].

Наиболее часто встречается коморбидность со следующими психическими расстройствами:

– депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство;

– биполярное аффективное расстройство;

– дистимия;

– специфические фобии;

– социальные фобии;

– расстройства личности в зрелом возрасте;

– обсессивно-компульсивное расстройство;

– зависимость от алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ)

– психопатологически недифференцированный синдром хронической усталости.

Имеется высокая распространенность некоторых соматических заболеваний у пациентов с тревожными расстройствами [2,21,22]:

– сердечно-сосудистые заболевания;

– желудочно-кишечные заболевания;

– респираторные расстройства;

– мигрень;

– аллергические заболевания;

– метаболический синдром;

– хронический болевой синдром.

• У всех пациентов с ГТР с целью уточнения диагноза **рекомендуется** проводить дифференциальную диагностику с другими психическими расстройствами и соматическими заболеваниями [1,2,17, 22,23,25,27,28].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

Комментарий: ГТР необходимо дифференцировать со следующими расстройствами:

– *социальные фобии;*

– *специфические фобии;*

– *обсессивно-компульсивное расстройство;*

– *посттравматическое стрессовое расстройство;*

– *паническое расстройство;*

– *аффективные расстройства настроения (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное расстройство, дистимия);*

– *соматоформные расстройства;*

– *шизофрения (параноидная), шизотипическое расстройство;*

– *расстройства личности в зрелом возрасте (истерическое, ананкастное, тревожное, эмоционально-неустойчивое);*

– *резидуально-органические заболевания головного мозга;*

– *органические заболевания головного мозга;*

– *гипоталамическое расстройство;*

– *патология щитовидной железы;*

– *феохромоцитома;*

– *употребление ПАВ (напр., амфетаминов, кокаина и др.);*

– *отмена производных бензодиазепина;*

– *побочные эффекты фармакотерапии (к примеру, кортикостероидов для системного применения, половых гормонов, психостимуляторов и ноотропных препаратов, препаратов для лечения заболеваний сердца)*.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза/состояния (исследовательские диагностические критерии МКБ-10):

А. Присутствие (наличие) в течение как минимум 6 месяцев выраженной нефабулируемой тревоги, внутреннего напряжения, гипервигилитета, тревожных руминаций, негативных ожиданий, связанных с будущим

Б. Должны присутствовать по меньшей мере четыре симптома из следующего списка, причем один из них из перечня 1-4:

1) усиленное или учащенной сердцебиение;

2) потливость

3) тремор или дрожь;

4) сухость во рту (но не от лекарств или дегидратации);

Симптомы, относящиеся к телу

5) затруднения дыхания;

6) чувство удушья;

7) боль или дискомфорт в груди;

8) тошнота или абдоминальный дистресс (например, жжение в желудке, диарея, метеоризм);

Симптомы, относящиеся к психическому состоянию:

9) чувство головокружения, неустойчивости или обморочности;

10) чувства, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отдалилось или «по-настоящему находится не здесь»;

11) страх потери контроля, сумасшествия

12) страх умереть;

Общие симптомы:

13) приливы жара или ознобы;

14) онемение или ощущение покалывания;

Симптомы напряжения:

15) мышечное напряжение или боли;

16) беспокойство и неспособность расслабиться;

17) чувство нервозности, взвинченности («на взводе») или психического напряжения;

18) ощущение кома в горле или затруднения при глотании;

Другие неспецифические симптомы:

19) усиленное реагирование на небольшие неожиданности или на испуг;

20) затруднения в сосредоточении внимания или «пустота в голове» из-за тревоги или беспокойства;

21) постоянная раздражительность;

22) затруднение при засыпании из-за беспокойства.

В. Расстройство не отвечает критериям панического расстройства (F41.0), тревожно-фобических расстройств (F40.-), обсессивно-компульсивного расстройства (F42-) или ипохондрического расстройства (F45.2).

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Тревожное расстройство не обусловлено соматическим заболеванием, таким как гипертиреоидизм, органическим психическим расстройством (F00-F09) или расстройством, связанным с употреблением ПАВ (F10-F19), таким как избыточное употребление амфетаминоподобных веществ или отмена производных бензодиазепина.

2.1 Жалобы и анамнез

Алгоритм диагностики ведения пациента с ГТР в Приложении Б.

• При опросе всех пациентов с жалобами на генерализованную тревогу **рекомендуется** выявлять наличие как аффективных тревожных симптомов, так и соматических проявлений тревоги с целью выявления компонентов психической и соматической тревоги для учета при подборе терапии [21,231].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4).

• При сборе анамнеза и проведении клинического интервью у всех пациентов с

жалобами на тревогу **рекомендуется** выявлять симптомы устойчивой (генерализованной) и трудно контролируемой тревоги в психическом статусе с целью дифференциальной диагностики от других заболеваний [1,2,14,23,231].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

• При сборе анамнеза у всех пациентов с жалобами на генерализованную тревогу **рекомендуется** оценить длительность тревожных состояний (не менее 6 месяцев для генерализованного тревожного расстройства) с целью дифференциальной диагностики от других заболеваний [1,2,14,23,231].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

• При опросе всех пациентов с генерализованной тревогой **рекомендуется** выделить жалобы, относящиеся к вегетативным проявлениям тревоги, носящими устойчивый характер для выявления диагностических критериев и учета при подборе терапии [17,21,231].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)

• При опросе и сборе анамнеза у всех пациентов с генерализованной тревогой **рекомендуется** выявлять наличие возможных коморбидных психических заболеваний (в т.ч. посттравматического стрессового расстройства, депрессивного и биполярного расстройства, зависимости от ПАВ) с целью дифференциальной диагностики и для учета при подборе терапии [23,24,27,29,231].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

*Комментарий**:** генерализованная тревога часто наблюдается в рамках других психических расстройств. В случае выявления критериев посттравматического стрессового расстройства, депрессивного или биполярного расстройства, зависимости от ПАВ более правомерным представляется оценка генерализованной тревоги у данных пациентов как симптома вышеуказанных расстройств.*

• При опросе и сборе анамнеза у всех пациентов с генерализованной тревогой **рекомендуется** выявлять наличие возможной коморбидной соматической патологии с целью дифференциальной диагностики и для учета при подборе терапии [23,24,27,29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

Комментарий: *ГТР часто наблюдается при соматических расстройствах. В случае выявления критериев соматического заболевания более правомерным представляется оценка ГТР у данных пациентов как коморбидного или сопутствующего расстройства.*

• При сборе анамнестических данных у всех пациентов с генерализованной тревогой

рекомендуется выявлять текущие стрессовые факторы в жизни пациента, недавние переживания по поводу расставания, межличностные проблемы, актуальные сомнения и опасения, а также случаи суицидального поведения [23,24,27,29].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 5)

• При сборе анамнеза у всех пациентов с генерализованной тревогой **рекомендуется** при наличии такой возможности подкрепить полученную информацию объективными сведениями со стороны родственников пациента с целью большей точности диагностики [23,24,27,29].

Уровень убедительности рекомендации С (Уровень достоверности доказательств 5)

• При сборе анамнеза у всех пациентов с генерализованной тревогой **рекомендуется** оценить суицидальный риск с целью определения вида и объема психиатрической помощи [23,24,27,29]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

2.2 Физикальное обследование

• Всем пациентам с генерализованной тревогой **рекомендуется** проведение стандартного физикального и неврологического осмотра с целью исключения соматических и неврологических причин вегетативных симптомов [2,18,30,31]

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 4).

• Всем пациентам с генерализованной тревогой **рекомендуется** проводить физикальное обследование, наружный осмотр, измерение роста, массы тела, уровня физического развития, целостности кожных покровов пациента с целью исключения соматических заболеваний, выявления следов самопорезов (с учетом их давности), оценки соматического статуса [2,18,30,31].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

• Всем пациентам с генерализованной тревогой **рекомендуется** провести пальпацию щитовидной железы и установить отсутствие экзофтальма для исключения заболеваний щитовидной железы [2,14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

• Всем пациентам с генерализованной тревогой **рекомендуется** измерить пульс и артериальное давление лежа (после отдыха 5 минут) и стоя (через 3 минуты после вставания) с целью оценки вегетативных проявлений и соматического статуса [2,18,22] .

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

• Всем пациентам с генерализованной тревогой в физикальное обследование **рекомендуется** включать выявление следов инъекций различной давности с целью выявления применения психоактивных веществ (ПАВ) или лекарственных препаратов, которые могут вызывать симптоматику тревоги [18,30,31]

Уровень убедительности рекомендации С (Уровень достоверности доказательств 5)

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Не существует каких-либо лабораторных методов диагностики ГТР. Основная цель лабораторных обследований - исключение соматических заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ГТР.

• Всем пациентам с генерализованной тревогой **рекомендуется** проведение общего (клинического) анализа мочи, развернутого общего (клинического) анализа крови с оценкой уровня гемоглобина и гематокрита, количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, скорости оседания эритроцитов в рамках первичного обследования, при поступлении в стационар и в процессе динамического наблюдения с целью уточнения степени активности заболевания и диагностики вовлечения органов и систем [2,16,22,30,98,99,100].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

• Всем пациентам с генерализованной тревогой **рекомендуется** проведение биохимического анализа крови общетерапевтического (исследование уровня калия, натрия, хлора, глюкозы, креатинина, общего белка, мочевины, мочевой кислоты, общего билирубина, прямого и непрямого билирубина, определение активности аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы, С реактивного белка) в рамках первичного обследования, при поступлении в стационар и в процессе динамического наблюдения для оценки почечной и печеночной функции и исключения воспаления [2,14,16,22,30,98,101].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

• Всем пациентам с генерализованной тревогой **рекомендуется** определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови, антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови, антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ -2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови в рамках первичного обследования, при поступлении в стационар и далее каждые 12 месяцев для исключения ассоциации с ВИЧ-инфекцией, гепатитом, сифилисом [14,16,30,101].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

• Всем пациентам с генерализованной тревогой **рекомендуется** провести анализ крови для оценки функции щитовидной железы: [2,14]: исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) сыворотки крови, уровня свободного трийодтиронина сыворотки крови (Т3), уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, уровня свободного тироксина сыворотки (Т4) крови, уровня тиреотропного гормона в крови для исключения патологии щитовидной железы [2,14,16,22,30,101].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

Комментарий: Скрининг уровня гормонов щитовидной железы рекомендован для первичных пациентов, которым никогда ранее не проводилось это исследование, или при наличии клинических или анамнестических показаний.

*Комментарий***:** *Основная цель лабораторных обследований - исключение соматических заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ГТР.*

2.4 Инструментальные диагностические исследования

На текущий момент не существует каких-либо инструментальных методов диагностики ГТР

• Пациентам с генерализованной тревогой, у которых по результатам сбора анамнеза, физикального и неврологического осмотра, а также результатов лабораторных анализов не представляется возможным с высокой степенью надежности исключить наличие пароксизмальных состояний, **рекомендуется** проведение электроэнцефалографии для оценки биоэлектрических потенциалов головного мозга и исключения данной патологии [2,14,16,22,30,102].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4).

• Пациентам с генерализованной тревогой, имеющих в анамнезе эпизоды потери сознания и лицам, у которых по результатам сбора анамнеза, физикального и неврологического осмотра, а также результатов лабораторных анализов не представляется возможным с высокой степенью надежности исключить наличие церебральных сосудистых нарушений, **рекомендуется** проведение транскраниального дуплексного сканирования артерий и вен для исключения данной патологии [2,14,16,22,30,103].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3).

• Пациентам с генерализованной тревогой, имеющим в анамнезе ЧМТ, подозрение на новообразования головного мозга, головные боли, а также у которых по результатам сбора анамнеза, физикального и неврологического осмотра, результатов лабораторных анализов не

представляется возможным с высокой степенью надежности исключить наличие органического поражения головного мозга, **рекомендуется** проведение магнитнорезонансной томографии (МРТ) головного мозга для исключения данной патологии [2,14,16,22,30,104].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3).

• Всем пациентам с генерализованной тревогой **рекомендуется** проведение электрокардиографии для оценки соматического состояния, объективизации вегетативной сердечно-сосудистой дисфункции (сердцебиения, ощущения перебоев в области сердца), исключения сердечно-сосудистой патологии [2,14,16,22,30,105].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3).

2.5. Иные диагностические исследования

• Пациентам с ГТР, нуждающимся в шкалированной оценке состояния и определении мишеней психотерапии, **рекомендуется** проведение специализированного психологического обследования, включающего: 1) клинико-психологическое психодиагностическое обследование (индивидуальное клинико-психологическое консультирование) (А13.29.003.001) и 2) патопсихологическое экспериментальное-психологическое (психодиагностическое) исследование (В03.035.004) [231,232].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

Комментарий: ГТР является заболеванием, в патогенез и клинические (клинико-психопатологические) проявления которого большой вклад вносят психологические факторы, а одним из эффективных методов лечения является психотерапия. Основываясь на биопсихосоциальной концепции понимания психических расстройств, важным представляется привлечение медицинских психологов в полипрофессиональные бригады для проведения экспериментально-психологической диагностики, позволяющей в рамках персонализированного подхода определять индивидуально-психологические особенности пациента и выделять мишени психотерапевтического воздействия, объективизации динамики терапевтических мероприятий [1,2,3,34]. При этом одной из важнейших составляющих участия медицинского психолога в оказании медицинской помощи пациентам с ГТР, является психологическая диагностика. Используются все основные виды, методы и методики, принятые как в психологической диагностике в целом, так и в ее прикладном клиническом разделе, именуемом «медицинской психодиагностикой» или «психологической диагностикой в клинике». В соответствии с базовыми теоретическими положениями психологической диагностики, в клинической практике используются и клинико-психологические (экспертные) методы (клиническая беседа, наблюдение, интервью, анализ продуктов деятельности и т.п.), и экспериментально - психологические методы. Опросниковые методы опираются в

значительной степени на самооценочную природу получаемых данных и имеют свои ограничения в части объективности таких данных. С другой стороны, они в большей степени отражают индивидуально - психологические особенности самой личности и ее сохранность/измененность в ситуации болезни, а также раскрывают широкий комплекс присущих испытуемому связей, отношений, способов реагирования и совладания, иных клинически значимых характеристик личности и личностно-средового взаимодействия и др. Такие данные должны расцениваться в рамках персонализированного подхода при реализации биопсихосоциальной парадигмы современных антропоцентрированных и клинических наук. При этом клинические методы органично вплетены в процедуры экспериментально-психологического исследования и используются непосредственно в процессе выполнения испытуемым проб и тестовых методик Отличительной особенностью применения клинико- и экспериментально-психологических методов при решении задач психологической диагностики является учет и анализ специфики, обусловленной измененным болезнью психическим и психологическим статусом испытуемого.

Таким образом, при проведении психодиагностического обследования пациента с ГТР в структуре клинико-психологического психодиагностического исследования применяются:

1. Клинические оценочные шкалы;

2. Клинико-психологические и экспериментально-психологические методы и методики (нестандартизованные пато- и нейропсихологические пробы, стандартизованные психометрические тестовые методики).

У пациентов с генерализованной тревогой необходимо использование психометрических шкал и симптоматических опросников для скрининга и оценки уровня тревоги и ее динамики, выбор и объем которых производится индивидуально в зависимости от клинической картины заболевания, диагностических и терапевтических задач.: The Hamilton Anxiety Rating Scale - Шкала тревоги Гамильтона (HARS) (Приложение Г1); Для оценки выраженности клинических проявлений рекомендовано использовать Symptom Check List-90-Revised - Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (Приложение Г3); Интегративный тест тревожности (ИТТ) (Приложение Г4); State-Trait Anxiety Inventory - Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI) (Приложение Г5); The Beck Anxiety Inventory - Шкала тревоги Бека (BAI) (Приложение Г6); Sheehan Anxiety Scale - Шкала тревоги Шихана (ShARS) (Приложение Г7) [1,2,3,34]; При необходимости быстрой оценки динамики состояния применяют Clinical global impression scale - шкала общего клинического впечатления (CGI). Приведенные методики являются психометрическими и/или симптоматическими опросниками, которые позволяют оценить объективно характер и выраженность клинической симптоматики, ее динамику, эффект от проводимого лечения. Более полно клинико-психологическая и экспериментально-психологическая диагностика может проводиться медицинским психологом в зависимости от конкретных диагностических задач

или для определения мишеней психотерапевтического воздействия. Лечащим врачом назначается проведение экспериментально-психологического обследования. Выбор методов и методик психологической диагностики относится к компетенции медицинского психолога, при соблюдении требования о представлении в тексте психологического заключения испрашиваемых лечащим врачом данных. Выбор методик для проведения экспериментально-психологической диагностики осуществляется медицинским психологом индивидуально в зависимости от задач, решаемых в отношении конкретного пациента. Могут применяться различные шкалы, прошедшие адаптацию и валидизацию в зависимости от целей исследования. Предлагаемые ниже методики применяются факультативно, и перечень возможных методик для проведения экспериментально - психологического обследования ими не ограничен. Наиболее часто применяемые методики для исследования психологической структуры личности: (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) - Стандартизованный клинический личностный опросник (MMPI) (в адаптации Собчик Л.Н. с соавт. (1970) - полный вариант MMP1) (Приложение Г8) [2,22,124]; Ich Struktur Test nach G. Ammon методика «Я-структурный тест» Г. Аммона, (1978) (ISTA)) (Приложение Г9) [2,22,125]. Наиболее часто применяемые методики для исследования отдельных индивидуально психологических особенностей личности: (Методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК) (Приложение Г10) [2,22,126]; Опросник для исследования личностных убеждений «Personal Beliefs Test» (Kassinove H., Berger A., 1984) (Приложение Г11) [2,22,127]. Наиболее часто применяемые методики для психологической диагностики факторов риска психической дезадаптации: (Life Style Index - методика «Индекс жизненного стиля» (LSI) (Приложение Г12) [2,22,128]; Методика «Стратегии совладающего поведения» Р. Лазаруса (WCQ, Folkman S., Lazarus R., 1988) (Приложение Г13) [2,34,129]. Мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne Decision Making Questionnaire, - MDMQ) (Приложение Г14) *[2,22, 130]. Наиболее часто применяемые методики для психологической диагностики системы значимых отношений: Опросник невротической личности KON-2006 (Aleksandrowicz J., и др., 2006) (Приложение Г15) [2,22,131]. Для исследования приверженности лечению используют методику: Российский универсальный опросник количественной приверженности лечению (КОП-25) (Приложение Г16) [2,22,132].*

Психологическая диагностика производится медицинским психологом по следующему алгоритму [142,143,144,145]:

1 этап - Клинико-психологическое обследование с целью установления доверительного контакта, оценки актуального эмоционального состояния и поведения пациента, его отношения к обследованию и лечению. Методы: наблюдение, беседа, интервью, анализ истории жизни. Психолог отмечает и, в дальнейшем, записывает в заключении по результатам экспериментально-психологического исследования (ЭПИ): доступность к контакту, отношение к исследованию, понимание инструкций, заинтересованность в

результатах тестирования, громкость и скорость речи, мимика, общий эмоциональный фон, темп психомоторных реакций, характеристики поведения во время обследования, личностные особенности, которые демонстрирует пациент.

2 этап - Экспериментально-психологическое исследование (ЭПИ). Целями проведения экспериментально-психологического обследования являются: дифференциальная диагностика нарушений психической деятельности пациента;

- *анализ структуры и установление степени нарушений психических процессов, состояний и свойств личности;*
- *определение уровня развития психологического адаптационного потенциала, степени сохранности психологических адаптационных механизмов и ресурсов пациента;*
- *оценка динамики психических процессов в результате проведенного лечения;*
- *решение экспертных задач.*

Во время экспериментально-психологического исследования изучаются высшие психические (когнитивные) функции, личностная и эмоциональная сфера пациента, производится квалифицированная экспертная оценка выявленных нарушений. По результатам проведенного ЭПИ оформляется экспертное заключение (Приложение Г21), экспертом-психологом даются рекомендации, которые должны учитываться врачами-специалистами в лечебном процессе [142,143,144].

Общая длительность процедуры психологической диагностики в психиатрической клинике составляет 3-5 часов и включает в себя 2 вида: 1) Клинико-психологическое психодиагностическое обследование (A13.29.003.001) и 2) Патопсихологическое экспериментальное-психологическое (психодиагностическое) исследование (B03.035.004) [145,146,147].

•Пациентам с генерализованной тревогой при необходимости проведения скрининга **рекомендуется** использование Скринингового опросника ГТР-7 (GAD-7) (Приложение Г2) для оценки уровня тревоги [141,232]**.**

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3).

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Комплексная терапия

• Всем пациентам с ГТР с целью купирования симптоматики **рекомендуется** применение психофармакотерапии и / или психотерапии [2,34,36,37,38,39,231].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1).

Комментарий: данные современных научных исследований подтверждают эффективность как психофармакотерапии, так и психотерапии (когнитивно-поведенческой, динамической, релаксационной и др. в лечении ГТР). Имеются исследования, показывающие высокую эффективность сочетанного применения психофармакотерапии и психотерапии. Выбор стратегии терапии и соотношение психофармакотерапии и психотерапии зависят от проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, установок и ожидания пациента, актуальных ресурсов и организационных возможностей и должен гибко оцениваться с учетом персонализированного подхода в каждом конкретном случае. Имеются показания и противопоказания как для психофармакологического, так и для психотерапевтического лечения. Они преимущественно связаны с состоянием пациента, побочными эффектами и организационными условиями. Преимуществами психотерапии является отсутствие соматических побочных эффектов лечения и, согласно некоторым исследованиям, лучшая сохранность достигнутых результатов. Недостатком является большая стоимость, необходимость еженедельных визитов, критическая значимость личной мотивации и вовлеченности пациента в процесс лечения. Психофармакотерапия требует меньше материальных и временных затрат, но достаточно часто вызывает побочные эффекты, в случае ее отмены возможно рецидивирование симптоматики [15,17,27,34,35,36,40,41,42,43,44,45,46].

3.2. Психофармакотерапия

Алгоритм психофармакотерапии генерализованного тревожного расстройства представлен в Приложении Б3.

Терапия первой линии

Всем пациентам с ГТР в качестве препаратов первой линии **рекомендуется** начинать терапию с назначения препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (код по АТХ классификации: N06AB06) (пароксетин**20-40 мг/сут, эсциталопрам 10-20 мг/сут, #сертралин**50-200 мг/сут), либо из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и нордреналина (код по АТХ классификации: другие антидепрессанты N06AX21) (#венлафаксин 75-225 мг/сут, дулоксетин 30-120 мг/сут), либо мелатонинергического антидепрессанта агомелатина** (25-50 мг/сут) (код по АТХ классификации: другие антидепрессанты N06AX22) с целью снижения интенсивности тревоги

и стабилизации настроения [33,34,35,36,47-53,77-80,106,107,109,138,139].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1).

*Комментарии: поскольку в РКИ, проводившихся для оценки эффективности препаратов в лечении ГТР не учитывались особенности клинических проявлений (преобладание определенных симптомокомплексов, нарастание ипохондрических тенденций), то имеются определенные сложности в применении их результатов при реализации персонализированного подхода в медицине. После установления диагноза ГТР пациентам в качестве первого курса в течение 4-6 недель рекомендуется либо проводить монотерапию препаратами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (пароксетин**, эсциталопрам, #сертралин**), либо #венлафаксином или дулоксетином, либо агомелатином**. Вариант лечения следует выбирать индивидуально для каждого пациента с учетом психотропного и соматотропного действия препарата, возможных нежелательных явлений, психического и соматического статуса пациента, а также клинических характеристик заболевания (см. табл. 4, Приложение А3). Монотерапия антидепрессантами начинается с минимальных дозировок и постепенно титруется до терапевтических. Анксиолитический эффект развивается индивидуально в течение 2-8 недель. К преимуществам этой группы препаратов относятся хороший профиль эффективность - переносимость-безопасность, возможность однократного приема, наличие долговременного эффекта терапии; к недостаткам - отставленное развитие эффекта, возможный анксиогенный эффект в первую неделю терапии, необходимость титрации дозировки, негативное влияние на сексуальную функцию, развитие тошноты и некоторых других побочных эффектов. Рекомендуется предупредить пациента с ГТР о возможном развитии побочных эффектов в начале приема антидепрессантов для обеспечения комплаенса. В первые недели приема целесообразно наблюдать за больным, оценивая суицидальные риски, возможное усиление тревожной симптоматики. Назначая медикаментозную терапию, врач опирается в первую очередь на сведения о доказательной эффективности препарата, профиль его переносимости, а также на собственный клинический опыт и квалификацию врача [32, 137].*

- Пациентам ГТР с выраженной тревогой и вегетативными нарушениями на первом этапе терапии **рекомендуется** краткосрочное применение препаратов из группы производных бензодиазепина с целью купирования тревоги и вегетативных симптомов [33,34,35,36,45,56,60,61,62,63,64,108,148,149,150].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1).

*Комментарии: среди производных бензодиазепина наиболее хорошо изучены алпразолам [148,149,150], диазепам**[108,151,152,153,154] и лоразепам**[155]. Преимуществами производных бензодиазепина являются быстрый эффект, хорошая переносимость, широкое терапевтическое окно - безопасность при передозировке. Учитывая, что эффект*

*антидепрессантов достигается через 4-6 недель терапии, кратковременное назначение производных бензодиазепина на первом этапе позволяет снизить интенсивность тревожной симптоматики. Перед назначением этой группы препаратов должен быть хорошо собран наркологический анамнез. Нецелесообразно назначать их пациентам с зависимостью или риском формирования зависимости от ПАВ. Также не рекомендуется назначать их пожилым пациентам в связи с увеличением риска нарушений координации и падений. Следует обратить внимание на комплаентность пациента - в некоторых случаях пациенты склонны превышать рекомендуемы дозировки. Препараты группы производных бензодиазепина могут формировать зависимость и имеют синдром отмены при резком прекращении терапии. Поэтому длительность их применения должна быть ограничена 3-4 неделями. Длительность применения ограничивается также значимыми нежелательными эффектами - седацией, головокружением, нарушением координации, снижением концентрации внимания и запоминания, нарушением психомоторных функций, риском формирования зависимости, толерантности к препаратам, выраженным синдромом отмены, проявляющимся ухудшением состояния и усилением тревоги после прекращения приема, и поэтому должно ограничиваться короткими курсами (не более 4 недель). Однако в случае выраженной тревоги, некупирующейся антидепрессантами и/или сопровождающейся выраженными вегетативными нарушениями, длительность назначений производных бензодиазепина может быть увеличена до 6 мес. Нет доказательных исследований об эффективности бромдигидрохлорфенилбензодиазепина** при ГТР. Однако в российской медицинской практике он традиционно применяется для лечения тревожных расстройств. При назначении производных бензодиазепина следует учитывать период полувыведения при решении вопроса кратности приема и для профилактики эффектов кумуляции (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин** в связи с длительным периодом полувыведения не рекомендуется назначать более 1-2 раз в сутки; алпразолам в связи с относительно небольшим периодом полувыведения следует назначать с частотой не менее 3 раз в сутки).*

Терапия второй линии

При неэффективности терапии первой линии используется терапия второй линии - возможно повышение дозы антидепрессанта до максимальной терапевтической, смена антидепрессанта на другой из списка препаратов первой линии, неиспользовавшийся в первом курсе терапии, монотерапия прегабалином** или присоединение производных бензодиазепина на более длительный период (см. Приложение Б3).

• В случае отсутствия достаточного эффекта психофармакотерапии **рекомендуется** удостовериться в должной комплаентности пациента с целью подтверждения факта недостаточного терапевтического ответа на конкретный препарат [33,34,35,36,40,42,45].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3).

Комментарий: при неэффективности первого курса терапии в первую очередь необходимо удостовериться в комплаентности пациента, так как нарушение режима приема препарата является причиной формирования резистентности к лечению в значительной части случаев. Нарушения режима терапии могут быть связаны с наличием побочных эффектов, слабой включенностью пациента в ход терапии, низкой мотивацией, ощущением отсутствия эффекта от лечения (особенно характерно при приеме антидепрессантов, эффект которых отсрочен). Для повышения комплаентности следует провести с пациентом психообразовательную беседу, обговорив возможные побочные эффекты, необходимость регулярного приема препаратов, постепенность развития терапевтического эффекта антидепрессантов. Дополнительно может использоваться комплаенс-психотерапия или мотивационное интервью. Положительную роль играет ведение дневника приема лекарств или телефонное приложение с напоминанием.

- В случае частичной редукции симптоматики при применении селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (пароксетина**, эсциталопрама и #сертралина**), #венлафаксина, дулоксетина или агомелатина **рекомендуется** доведение дозы препарата до максимально рекомендованной (по переносимости) и продолжение курса терапии еще в течение 4-6 недель с целью полной редукции клинической симптоматики ГТР [33,34,36,40, 45,47,49,54].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2).

- Пациентам с ГТР при доминировании в клинической картине соматических эквивалентов тревоги на втором этапе **рекомендуется** монотерапия прегабалином**(150-600 мг/сут) (фармакотерапевтическая группа: противоэпилептические препараты; код АТХ: N03AX16) с целью снижения тревоги и редукции интенсивности соматических проявлений [33,34,35,36,45,46,54,55,56,57,58,59].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1).

*Комментарий: В нескольких доказательных исследованиях хорошо изучен и подтвержден в метаанализах анксиолитический эффект прегабалина**, его влияние на психический, соматический и вегетативный компоненты тревоги, а также хорошая переносимость и высокий уровень безопасности. Анксиолитический эффект при приеме прегабалина** достигается в течение первой недели приема препарата. В отличие от большинства антидепрессантов прегабалин** не ингибирует ферменты цитохрома Р450, не имеет лекарственных взаимодействий с другими препаратами (напр., варфарином**) и может применяться у больных ГТР и хроническими соматическими заболеваниями. Прегабалин** не следует назначать пациентам, склонным к формированию зависимости или*

уже имеющим различные формы зависимости от ПАВ. У таких пациентов прослеживается феномен перекрестной зависимости и более быстрое нарастание толерантности. Рекомендуется тщательный сбор наркологического анамнеза пациента с целью минимизации риска формирования зависимости [33,34,35,36,45,46,54,55,56,57,58,59].

Терапия третьей линии

При неэффективности терапии второй линии используется терапия третьей линии, в рамках которой применяются различные препараты, в меньшей степени изученные при ГТР или с худшей переносимостью, чем препараты первой и второй линии, или комбинированная терапия (см. Приложение Б3. К препаратам второй линии относятся #имипрамин**, гидроксизин**, #кветиапин**, маритупердин (в соответствии с номенклатурой ВОЗ) (2,8-диметил-5-(2-фенилэтил)-2,3,4,5-тетрагидро-1Н-пиридо[4,3-b]индола гидрохлорид), буспирон или комбинированная терапия. Любая из этих опций может быть выбрана врачом при отсутствии эффекта или плохой переносимости препаратов первой и второй линии.

• В случае отсутствия терапевтического эффекта при лечении селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, или #венлафаксином / дулоксетином, или прегабалином** **рекомендуется** комбинированная терапия антидепрессантами (селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (#венлафаксином / дулоксетином) и прегабалином** (150-600 мг/сут) [45,54,55,57,58,59,60,156]

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2).

• В случае отсутствия терапевтического эффекта на фоне терапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, или #венлафаксином / дулоксетином, или прегабалином**, **рекомендуется** смена лекарственной терапии на #имипрамин** (код АТХ: N06AA02) в дозах 75-200 мг/сут [45,47,49,108].

Уровень убедительности рекомендации В (Уровень достоверности доказательств 2)

Комментарий: Терапия неселективными ингибиторами обратного захвата моноаминов (трициклические антидепрессанты) должна проводиться под тщательным мониторингом специалиста ввиду риска развития побочных эффектов препаратов (набор веса, ортостатическая гипотензия, тахикардия, антихолинергические побочные эффекты и пр.). Кроме того, передозировка препарата может вызвать летальный исход. Нежелательно назначать неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов в пожилом возрасте [34,35,40,41,43,47,53,157].

- Пациентам с ГТР при неэффективности терапии антидепрессантами или их сочетания с производными бензодиазепина **рекомендуется** применение атипичного антипсихотического

средства #кветиапина** (код АТХ: N05AH04) в начальной дозе 50 мг/сут с увеличением дозы до 150 мг/сут на третий день терапии и максимальной дозой 300 мг/сут к 3-4 неделе лечения; [34,45,65,66,67,110,158,159,160,161,162].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2).

*Комментарии: В большей части исследований изучалась эффективность антипсихотических препаратов в отношении ГТР при их сочетании с антидепрессантами с целью увеличения эффективности проводимой терапии. По данным нескольких РКИ, применение #кветиапина** медленного высвобождения в виде монотерапии или в дополнение к антидепрессанту для лечения ГТР допустимо в дозировках до 300 мг/сут, однако терапевтический диапазон 50-150 мг/сут оказался наиболее эффективным [67,110,158,159,160,161,162]. При продолжительном применении #кветиапина** нужно иметь ввиду метаболические побочные эффекты препарата.*

• Пациентам с ГТР с целью купирования симптоматики тревоги при рефрактерности к препаратам первых двух линий **рекомендуется** гидроксизин** (анксиолитическое средство; код АТХ: N05BB01) (50-100 мг/сут) [73,74,163,164,165].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

*Комментарий: Гидроксизин** хорошо изученный при тревожных расстройствах антигистаминный препарат, обладающий умеренно выраженным седативным эффектом. Отсутствуют убедительные данные по эффективности и переносимости длительного применения препарата.*

• Пациентам с ГТР с целью купирования клинической симптоматики тревоги при рефрактерности к препаратам первых двух линий **рекомендуется** применение буспирона (15-60 мг/сут) (анксиолитическое средство, код АТХ: N05BE01) [73,75,76,148,166,167,168].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарий: Буспирон - агонист серотониновых рецепторов 1А, изучен в 7 РКИ, в трех из которых не было обнаружено различий с плацебо. Длительные эффекты и противорецидивное действие препарата изучены плохо.

• Пациентам с ГТР с целью купирования клинической симптоматики тревоги при рефрактерности к препаратам первых двух линий **рекомендуется** применение препарата маритупердин (в соответствии с номенклатурой ВОЗ) (2,8-диметил-5-(2-фенилэтил)-2,3,4,5-тетрагидро-1Н-пиридо[4,3-b]индола гидрохлорид) (40 мг/сут) (фармакотерапевтическая группа - другие анксиолитические средства, код АТХ: N05BX) [169,170].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарий: Маритупердин (2,8-диметил-5-(2-фенилэтил)-2,3,4,5-тетрагидро-1Н-

пиридо[4,3-b]индола гидрохлорид) является новым отечественным анксиолитическим препаратом мультирецепторного действия [170]. Его противотревожный эффект при ГТР был показан в одном плацебо контролируемом РКИ [169]. Эффект наступал, начиная с первой недели приема препарата и не сопровождался выраженной седацией или поведенческой токсичностью. Препарат хорошо переносится (наиболее часто в начале лечения отмечались головокружение, сонливость и астения) и не обладает аддиктивным потенциалом. Длительные эффекты маритупердина (2,8-диметил-5-(2-фенилэтил)-2,3,4,5-тетрагидро-1Н-пиридо[4,3-b]индола гидрохлорид) не изучены.

<u>Терапия четвертой линии (терапевтическая резистентность)</u>

В случае неэффективности первых трех этапов психофармакотерапии речь идет о терапевтической резистентности. Для установления причин терапевтической резистентности необходимо уточнение диагноза, выявление коморбидных расстройств, дополнительное обследование и оценка комплаентности. При резистентных состояниях возможно комбинирование различных антидепрессантов с прегабалином**, буспироном, антипсихотическими средствами, #вальпроевой кислотой** или некоторыми другими мало изученными препаратами, более длительные курсы терапии с частичным эффектом или монотерапия другими неиспользованными ранее препаратами с более низкими УРР и УДД (см. Приложение Б3).

• Пациентам с ГТР при неэффективности терапии антидепрессантами или их сочетания с производными бензодиазепина с целью снижения уровня тревоги **рекомендуется** назначение следующих антипсихотических средств второго поколения реже в виде монотерапии или чаще в сочетании с антидепрессантами или ансиолитиками [33,34,35,36,45,65,66]:

• #оланзапин** (код АТХ: N05AH03) в сочетании с #флуоксетином** (фармакотерапевтическая группа антидепрессанты СИОЗС; код АТХ: N06AB03) в начальной дозе 2,5 мг/сут в течение первой недели, 5 мг/сут в течение второй недели и в случае неэффективности постепенном (5 мг/сут в неделю) повышении дозы до максимальной (20 мг/сут) [112];

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

- #арипипразол (код по АХТ N05AX12) (7,5-30 мг/сут) [113,114];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4).

- #рисперидон** (код АТХ: N05AX08) в гибких дозах от 0,5 до 1,5 мг/сут [111];

Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств 2)

*Комментарий: #рисперидон** изучался в двух плацебо контролируемых РКИ на фоне применения бензодиазепиновых транквилизаторов: в одном из них было обнаружено превосходство над плацебо [111], а в другом - нет [171].*

• Пациентам с ГТР с целью купирования симптоматики тревоги при рефрактерности к другим видам фармакотерапии **рекомендуется** применение #вальпроевой кислоты** (фармакогруппа: противоэпилептические препараты, код АХТ: N03A) в дозе 1500 мг/сут, распределенную на три приема в день [172].

*Комментарий: В двойном слепом плацебо контролируемом РКИ была показана эффективность 6-недельного курса монотерапии #вальпроевой кислотой** (суточного пролонга) при обострениях ГТР. Наиболее частыми побочными эффектами были головокружение и тошнота. Длительные курсы не изучались, поэтому их эффективность и переносимость неизвестны. Следует избегать применения #вальпроевой кислоты** во время беременности.*

• Пациентам ГТР с выраженной тревогой при неэффективности терапии антидепрессантами или их сочетания с производными бензодиазепина с целью быстрого купирования тревоги в составе комплексной терапии **рекомендуется** симптоматическое кратковременное (до уменьшения симптомов тревоги) назначение некоторых антипсихотических средств первого поколения в сочетании с антидепрессантами:

• #хлорпротиксен (15-100 мг/сут) [65,70,71];

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств 4)

• #сульпирид** (50-400 мг/сут) [65,69,134];

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств 5)

• алимемазин в составе комплексной терапии (20-80 мг/сут) [68,72,235].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств 5)

*Комментарий: отсутствуют доказательные исследования в отношении #алимемазина, #сульпирида** и #хлорпротиксена. Однако в отечественной медицинской практике эти препараты традиционно применяются для лечения тревожных расстройств [68,70,72]. Дополнительную терапию антипсихотическими средствами необходимо проводить под тщательным контролем врача ввиду развития нежелательных побочных эффектов (головокружения, ортостатическая гипотензия, сонливость, набор веса, акатизия и другая экстрапирамидная симптоматика, гиперпролактинемия, и пр.). В связи с вышеуказанными побочными эффектами со стороны пациента предпочтительно назначение антипсихотических средств второго поколения, поскольку существует высокий риск*

нарушения комплаентности и отказа от психофармакотерапии [34,35,71].

• Пациентам с ГТР с целью купирования клинической симптоматики тревоги при рефрактерной к другим видам фармакотерапии **рекомендуется** применение некоторых других антидепрессантов: #кломипрамина** (код АТХ: N06AA04) в дозах 50-250 мг/сут [109], #вортиоксетина (код АТХ: N06AX26) (2,5-10 мг/сут) [81,135,136,173,174], #циталопрама (код АТХ: N06AB04) (20-30 мг/сут) [47,175], #тразодона (код АТХ: N06AX05) (150-400 мг/сут) [82,108], #флувоксамина (код по АТХ: N06AB08) (150-300 мг/сут) [176,177], #флуоксетина** (код АТХ: N06AB03) (20 мг/сут) [112].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2).

*Комментарий: #Циталопрам применялся только у пожилых пациентов [47,175]. #Вортиоксетин был изучен в плацебо контролируемых РКИ, но только в двух превосходил плацебо [81,135,136,173,174]. #Флувоксамин изучался только при генерализованном социальном расстройстве [176,177]. #Флуоксетин** изучался только в комбинации с #оланзапином** у пациентов с резистентностью к антидепрессантам [112].*

• Пациентам с ГТР с целью купирования психических и соматических симптомов тревоги **рекомендуется** применение фабомотизола (код АТХ: N05BX) (30-60 мг/сут) [115-119].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2).

Комментарий: Фабомотизол при ГТР изучен в трех небольших открытых рандомизированных исследованиях в сравнении с бензодиазепиновыми производными [115-117], в которых не уступал им по эффективности, а также еще в ряде открытых наблюдательных исследованиях [118,119,230]. Систематический обзор подтвердил эффективность препарата в снижении уровня тревоги при курсовой длительности терапии 6 недель и дозах 30-60 мг/сут и особенно показан пациентам с умеренно выраженной тревогой и простыми по структуре тревожными и тревожно-астеническими расстройствами [119]. Имеется ретардированная лекарственная форма фабомотизола с замедленным высвобождением и режимом приема один раз в сутки [229]. Длительная терапия фабомотизолом специально в РКИ не изучалась, однако препарат относится к безрецептурным и широкое его применение в практике, в том числе у соматически больных, показало его хорошую переносимость и безопасность [119]. Препарат не вызывает клинически значимых нежелательных эффектов, ухудшения когнитивных функций, привыкания и зависимости, а также синдрома отмены, в том числе при длительном применении [230].

- Пациентам с ГТР с целью купирования симптоматики тревоги при рефрактерности к другим видам фармакотерапии **рекомендуется** применение #этифоксина (код АТХ: N05BX03) (150-200 мг/сут) [120-122].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

Комментарий: Препарат прицельно не изучался при ГТР, не исследовался в РКИ и, по-видимому, менее эффективен для лечения симптомов тревоги, чем другие препараты, однако накоплен большой положительный опыт его симптоматического применения как анксиолитика в отечественной психиатрической практике. Кроме того, при оценке соотношения риск/польза у них по сравнению с производными бензодиазепина имеется ряд преимуществ, в частности, отсутствие риска формирования зависимости и возможность длительного назначения. Особенно это следует иметь ввиду при подозрении на коморбидную зависимость от ПАВ, в клинической беседе нередко эти пациенты стремятся минимизировать или скрыть от врача свой аддиктивный анамнез.

• У пациентов с ГТР при применении психотропных препаратов **рекомендуется** регулярно оценивать следующие возможные побочные эффекты психофармакотерапии: седация, сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или поносы, тошнота, головные боли, головокружение, нарушение координации, нарушение концентрации внимания, нарушение памяти, формирование зависимости и толерантности к препаратам, сексуальные дисфункции и др. Необходимо оценивать побочные эффекты конкретно назначаемых препаратов с целью оценки соотношения эффективности/переносимости. [33,34,35,36,42,45,47,55,61,83,178].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3).

Комментарий: Адекватные дозировки и режим назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск развития побочных эффектов. Рекомендуемые дозы препаратов для лечения ГТР представлены в Приложении А3.

• Пациентам с ГТР при применении психофармакологических препаратов **рекомендуется** оценка эффективности и переносимости терапии, которая проводится на 7 - 14-28-й дни психофармакотерапии и далее 1 раз в 4 недели до окончания курса лечения с целью его своевременной коррекции [33,34,35,45,47,49,84].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

Комментарий: Оценку эффективности терапии в динамике пациентам с ГТР можно проводить при помощи шкалы тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS) с целью оценки эффективности проводимого лечения. Ответом на терапию считается снижение общего балла по шкале тревоги Гамильтона на > 50%, достижение ремиссии < 7 баллов (The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS). В случаях с недостаточной

эффективностью монотерапии через 4-6 недель рекомендована смена препарата или использование комбинированных схем лечения. Терапевтический алгоритм смены препаратов приведен в Приложении Б3. При непереносимости или недостаточной эффективности проводится коррекция дозировок или смена препарата.

Продолженная и длительная психофармакотерапия

ГТР является хроническим психическим расстройством, протекающим с периодической экзацербацией тревожной симптоматики, что требует от врача постоянного наблюдения за состоянием пациента. В целях поддержания достигнутого терапевтического эффекта и предотвращения развития рецидивов проводится продолженная и длительная (противорецидивная) психофармакотерапия. Такая терапия должна носить максимально щадящий характер с точки зрения ее переносимости пациентом, но быть достаточно эффективной. С этой целью оценки этих параметров и комлаентности проводится ежемесячный мониторинг состояния больного.

• Всем пациентам с ГТР на начальном этапе **рекомендуется** проводить эффективную терапию длительностью не менее 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта с целью его стабилизации и профилактики рецидивов [2,3,10,33,34,35,36,39,40,41,42,43,44,45].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

Комментарий: В большинстве случаев целесообразен более длительный период лечения - 12 месяцев и более, поскольку ГТР имеет высокий риск рецидивирования. Для профилактики рецидивов при достижении стабилизации на фоне применения антидепрессантов, целесообразно продолжить их применение в той же дозировке, на которой был достигнут терапевтический эффект еще 6-12 месяцев.

• Всем пациентам при плановом окончании длительной терапии антидепрессантами или вынужденном преждевременном прекращении (из-за плохой комплаентности или перносимости) с целью предотвращения симптомов отмены **рекомендуется** постепенное снижение дозы [179,180,181].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарий: Период снижения дозы может занимать нескольких дней, недель или даже месяцев, в зависимости от дозы, продолжительности лечения и фармакологических свойств препарата, а также особенностей состояния пациента. Необходимость постепенного снижения дозы обусловлена возможностью развития синдрома отмены приема

*антидепрессантов (СОПА) [182,183]. Обычно они транзиторны и быстро купируются при повторном назначении антидепрессанта. Риск их развития тем выше, чем больше выражены антихолинергические свойства препарата, выше используемая доза и чем длительнее период приема. Среди антидепрессантов новой генерации СОПА наиболее характерны для #венлафаксина [227] и СИОЗС с коротким периодом полувыведения (напр., пароксетина**), и менее характерны для #флуоксетина**. Резкая отмена ТЦА может вызвать холинергический феномен «отдачи» (гриппоподобное состояние, миалгия, схватывающие боли в животе). Чтобы избежать СОПА или скорректировать его проявления в случае решения прекратить прием антидепрессанта предлагается следующий алгоритм профилактики и ведения пациентов с синдромом отмены приема антидепрессантов (см. Приложение Б4).*

Длительность поддерживающей терапии при ГТР определяется исходя из индивидуальных особенностей пациента, динамики клинической картины и сопутствующего лечения. [33,34,36,38,40,41]. Больные, получающие длительную терапию, нуждаются в регулярном наблюдении врача с целью выявления ранних признаков рецидива и своевременного их купирования, мониторирования возможных побочных эффектов терапии и соблюдения режима приема лекарств, проведения психотерапевтических мероприятий, направленных на мотивирование пациента к продолжению лечения, а также на оказание помощи в случае возникновения психотравмирующих ситуаций.

3.3 Психотерапия

Психотерапия является доказанным эффективным методом лечения невротических расстройств, в т.ч. и генерализованного тревожного расстройства. Оптимальным является сочетание психофармакотерапии и психотерапии, поскольку это в максимальной степени соответствует современной биопсихосоциальной концепции формирования психических расстройств и позволяет реализовать принципы персонализированной медицины, повысить эффективность терапевтических вмешательств. Имеются доказательные исследования в отношении ряда методов психотерапии. Однако необходимо помнить, что дизайн доказательных исследований в психотерапии достаточно сложен и клиническая практика по многим параметрам отличается от научного эксперимента. Большое количество источников, показывающих эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии, связано скорее с возможностью в рамках научных исследований воспроизводить определенные техники, а не с безусловным приоритетом этого метода для пациентов с генерализованным тревожным расстройством. Другие методы психотерапии, имеющие на сегодняшний день меньшую доказательную базу, могут быть не менее, а возможно в определенных случаях более эффективными, чем когнитивно-поведенческая психотерапия. [2,37,38, 85,86,87,88,89,90,91]. Имеются сведения об эффективности интеграции нескольких методов психотерапии [184].

Противопоказания и ограничения к психотерапевтическому лечению [2,37,38]:

1) пациенты со страхом перед самораскрытием и преобладанием отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты;

2) пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям, очевидной вторичной выгодой от болезни;

3) пациенты с низкой интерперсональной сенситивностью;

4) пациенты, которые не смогут регулярно посещать сеансы психотерапии;

5) пациенты, которые не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания в индивидуальной и групповой психотерапии;

6) пациенты, чьи характерологические особенности не позволят им конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии и извлекать из этой работы пользу (которые постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием; или пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью).

- В лечении всех пациентов с ГТР **рекомендуется** использовать различные методы психотерапии в комбинации с психофармакотерапией с целью более эффективного и стойкого снижения тревоги, научения релаксации, коррекции иррациональных убеждений, повышения толерантности к неопределенности и вегето-соматическим проявлениям тревоги, установок, коррекции диссомнии (нормализации сна), осознания глубинных механизмов и противоречий. Возможно изолированное применения психотерапия в случаях незначительно выраженной симптоматики [2,37,38, 85,86,87,88,89,90,91,231].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1).

- Всем пациентам с ГТР **рекомендуется** использование релаксационных методов психотерапии 10-15 сеансов с целью снижения тревоги и напряжения, обучения навыкам саморегуляции и для снижения уровня напряжения [2,37,85,88,89,233].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

• Всем пациентам с ГТР, за исключением пациентов со сниженным интеллектом, **рекомендуется** использование когнитивно-поведенческой психотерапии с целью снижения тревоги и напряжения, изменения иррациональных установок и овладения навыками адаптивного мышления и поведения [2,38,87,88,89,90,91,92,93].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1).

Комментарий: Когнитивная модель генерализованного тревожного расстройства. В мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности, то есть он предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи, для его имущества и для

других ценностей. Тревожные индивиды испытывают трудности в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, которые уменьшают угрозу опасности.

Мишенями когнитивно-поведенческой психотерапии для ГТР являются: низкая толерантность к неопределенности; позитивные убеждения относительно беспокойства; отсутствие ориентации на решение проблем; когнитивное избегание.

Для лечения ГТР могут использоваться следующие техники в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии.

1. Когнитивное реструктурирование. Проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций. Может дополняться экспозицией in vivo для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения.

2. Тренировка дыхания. Показана в случае выраженного гипервентиляционного компонента в структуре тревоги. Тренинг может дополняться принудительной гипервентиляцией с приобретением навыков контроля симптоматики за счет дыхания в мешке.

3. Прикладная релаксация. Использование прогрессивной мышечной релаксации и обучение пациентов навыкам контроля за своим физическим состоянием.

4. Тренинг по осознанию беспокойства (с записями о времени и содержании беспокоящих мыслей)

5. Тренинг, направленный на осознание и преодоление собственной низкой толерантности к неопределенности.

6. Тренинг, направленный на выработку навыков проблемно-решающего поведения

Также могут быть использованы и другие техники когнитивно-поведенческой психотерапии [2,3,85,91,93].

Индивидуальная когнитивно-поведенческой психотерапии при ГТР может дополняться групповой формой [].

В когнитивно-поведенческом направлении наиболее часто для лечения ГТР используется мета-когнитивная психотерапия. Также имеются исследования, продемонстрировавшие эффективность применения и других методов КПТ третьей волны: терапия принятия и ответственности (ACT), когнитивная терапия, основанная на маиндфуллнесс (MBCT) и техники редукции стресса, основанные на маиндфуллнесс (MBSR) [185,186,187,188,189,190,191].

КПТ подтвердила эффекитвность своего применения для лечения ГТР как в индивидуальном, так и в групповом формате [192,193,194]. Целью данного метода является уменьшение когнитивного и поведенческого избегания неопределенных ситуаций или когниций, вызывающих беспокойство у пациентов с ГТР. Терапия включает в себя самоконтроль, оценку позитивных убеждений в беспокойстве и избегающего поведения, обучение воздействию и

улучшение ориентации на проблему. Пациенты учатся разделять свои переживания по поводу неопределенных ситуаций на две категории: реальные проблемы, которые являются частью жизни (например, соблюдение сроков при выполнение рабочих задач) и гипотетические ситуации (например, потенциальный несчастный случай). В первом случае проходят тренинг, направленный на выработку навыков проблемно-решающего поведения, во втором осуществляется имагинативная экспозиция [195].

Развитие технических возможностей способствовало разработке методик, использующих виртуальную реальность, программные обеспечения для персональных компьютеров, смартфонов и других цифровых средств [196,197,198]. Данные исследований указывают на эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии с применением интернет- и телекоммуникационных технологий (например, КПТ, проводимая через сеть Интернет) [199,200]. Использование КПТ дистанционно повышает доступность психотерапевтической помощи для пациентов, проживающих в удаленных населенных пунктах с плохой транспортной доступностью, а также в случаях отсутствия квалифицированных специалистов по месту жительства. При отсутствии возможности дистанционной работы со специалистом в режиме реального времени, эффективность продемонстрировала дистанционная КПТ низкой интенсивности [201]. В ходе лечения пациенты осуществляют самостоятельное систематическое прохождения заранее подготовленных структурированных уроков или модулей, содержащих ту же информацию, которая обычно предоставляется в условиях очных сессий. Несмотря на то, что КПТ низкой интенсивности продемонстрировали эффективность, такой вариант психотерапии сопряжен с риском снижения мотивации пациента и приверженности лечению [202]. Для лиц пожилого возраста, не имеющих доступ в сеть Интернет и навыков использования цифровых технических средств, свою эффективность в ходе РКИ продемонстрировала когнитивно-поведенческая психотерапия с использованием средств мобильной связи (КПТ по телефону) [203,204].

• Пациентам с ГТР, у которых при сборе анамнеза выявлен внутриличностный конфликт, **рекомендуется** использование динамической личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (индивидуальной и / или групповой) с целью снижения тревоги и напряжения, осознания глубинных механизмов заболевания, разрешения внутренних противоречий, реконструкции системы отношений [2,85,94,95,234].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2).

Комментарий: Психотерапия направлена на восстановление нарушенной системы отношений больного через изучение специфики его личностных расстройств, анализ и осознание особенностей формирования системы отношений пациента, патогенной ситуации и невротического конфликта. Сбалансированное использование механизмов лечебного

воздействия (конфронтации, эмоционально-корригирующего опыта и научения) позволяет изменять нарушенные отношения больного, учитывая три плоскости ожидаемых изменений (в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах), причем индивидуальная психотерапия, в отличие от групповой, сфокусирована в большей степени на когнитивных аспектах [2,85].

- Пациентам с ГТР, имеющими специфические репрезентации родителей, психотравмирующие ситуации, трудности в выражении и регуляции чувств гнева и злости, с целью осознания глубинных механизмов заболевания, разрешения внутренних противоречий, снижения уровня тревожности **рекомендуется** использование краткосрочной психодинамической психотерапии (STPP) [205,206,207].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1).

Комментарий: STPP — это форма психодинамической психотерапии, механизмы которой включают в себя содействие созданию терапевтического альянса, развитие эмоциональных способностей, повышение уровня самосознания, эмоционально корригирующий опыт. В процессе психотерапии осуществляется распознавание внутриличностных невротических конфликтов и паттерны межличностного дезадаптивного поведения. Терапевтический альянс используется как средство терапевтического воздействия. Имеются сведения об эффективном использовании STPP дистанционно [208].

- Пациентам с ГТР и инсомнией с целью нормализации сна **рекомендуется** применение комплексной медико-психологической методики лечения пациентов с инсомнией [209].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарий: по данным исследований у пациентов с ГТР в 18-40% случаем встречаются инсомнические нарушения, представляющие фактор риска утяжеления течения ГТР и формирования коморбидных аффективных расстройств [210,211].

Проводилось открытое рандомизированное проспективное контролируемое исследование в параллельных группах с заслепленной рейтерской оценкой в соответствии с протоколом клинической апробации «Комплексная медико-психологическая методика лечения инсомнии» (индекс протокола: 2020-37-3). Результаты количественной оценки эффективности метода клинической апробации оценивались по семи показателям: улучшение субъективных характеристик сна; улучшение качества сна; снижение индекса тяжести инсомнии; снижение дневной сонливости; уменьшение последствий нарушений сна; снижение выраженности тревоги; улучшение общего клинического впечатления. Целевой результат был достигнут по всем показателям от 87 до 100%. И хотя изолированной выборки пациентов с ГТР не выделялось, значительное снижение тревоги и нормализация сна позволяет применять

эти методику у пациентов с тревожными расстройствами, имеющими нарушения сна, в т.ч. с ГТР.

Комплексная медико-психологическая программа лечения инсомнии включает 10 индивидуальных сессий когнитивно-поведенческой психотерапии (с частотой 2 раза в неделю, время — 60 минут) и 10 сеансов комплексных психофизиологических методов (с частотой 3 раза в неделю, время — 60 минут), включающих в себя тренинг по диафрагмальному дыханию (45 минут), светолечение (15 минут). Общее количество встреч — 20. Длительность программы — 5 недель. В процессе индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии пациент обучается основным принципам гигиены сна, приемам, направленным на самостоятельное определение имеющегося нервно-психического напряжения и его снятие, навыку выявления и оспаривания дисфункциональных убеждений, касающихся представлений о сне, причинах инсомнии, способах ее коррекции, что в целом способствует формированию системы рационального мышления. Курс психотерапии в сочетании со светотерапией и диафрагмальным дыханием направлен на обучение пациента самоанализу и саморегуляции, что дает возможность самостоятельно следить за своим состоянием и регулировать его, распознавать начальные проявления болезненных состояний, самостоятельно предотвращать их или купировать, своевременно обращаться за квалифицированной медицинской помощью в случае необходимости.

3.4 Иные методы терапии

- У пациентов ГТР с рефрактерностью к психофармакотерапии и психотерапии с целью усиления терапевтического эффекта и дополнительного воздействия на тревожную и коморбидную депрессивную симптоматику **рекомендуется** применение транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) (код медицинской услуги: А17.23.004.001) [212,213].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2).

Комментарий: Наибольшая эффективность отмечается при тревожных расстройствах с коморбидной депрессивной симптоматикой, где используются те же протоколы стимуляции, что и для лечения депрессии. Считается, что тревога более связана с активностью правого полушария, в том числе одновременной активацией правой вентролатеральной лобной коры и правого миндалевидного тела, поэтому для ее коррекции часто используется низкочастотная ТМС правой ДЛПФК [212].Однако анксиолитическое действие отмечалось также при применении высокочастотной (20 Гц) ТМС левой ДЛПФК, по-видимому, за счет стимуляции лобно-субкортикальных нейросетей [213]. Курс терапии

составляет 15 процедур ТМС в течение 3 недель. В отличие от психофармакотерапии ТМС хорошо переносится и практически не имеет побочных эффектов.

• У пациентов с ГТР с недостаточной эффективностью психофармакотерапии и псхихотерапии или имеющим вегетативную неустойчивость, нарушения вегетативной регуляции, **рекомендуется** использование методики биообратной связи (код медицинской услуги А19.23.003.008: тренировка с биологической обратной связью при заболеваниях центральной нервной системы) - 10 сеансов с целью снижения тревоги и напряжения, обучения навыкам саморегуляции и для снижения уровня напряжения [36,85,123,214,215,216,217].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

• Всем пациентам с ГТР **рекомендуется** использовать реабилитационные мероприятия с целью укорочения временной утраты трудоспособности пациентов, ранней социализации в обществе, улучшения качества жизни [1,2,34,36,85].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

• Всем пациентам с ГТР с целью укорочения периода временной утраты трудоспособности, ранней социализации в обществе, улучшения качества жизни **рекомендуется** использовать социоцентрированные и психоцентрированные суппортивные психотерапевтические методы [1,2,34,36,85].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

• Всем пациентам с ГТР в целях повышения качества и эффективности лечения в качестве специальных видов реабилитации **рекомендуются** семейная, социально-психологическая, профессиональная суппортивная психотерапия и/или психокоррекция [1,2,34,36,85,218].

• Всем пациентам с ГТР в целях повышения качества и эффективности лечения **к**ак одна из важных форм реабилитационных мероприятий **рекомендуется** суппортивная психотерапия, которая может проводиться амбулаторно в виде индивидуальной и групповой психотерапии [1,2,34,36,85,219,220].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Специфической профилактики ГТР не существует. Профилактика ГТР заключается во внедрении принципов здорового образа жизни, мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья населения, ограничение употребления алкоголя и психоактивных веществ. А также информирование населения о признаках ГТР с целью раннего выявления и своевременного обращения за медицинской помощью.

• Всем пациентам с ГТР **рекомендуется** приверженность принципам здорового образа жизни, внедрение мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья населения в целях профилактики тревожных нарушений [1,2,34,36,36,85,96,97,137]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

Всем пациентам с ГТР **рекомендуется** наблюдение и курация врачом-психотерапевтом или врачом психиатром для коррекции терапии и корректной ее отмены, проведении психотерапии [1,2,34,36,85,147,232].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

• Всем пациентам с ГТР **рекомендуется** диспансерное наблюдение врачом-психиатром в случаях наличия суицидального риска, тяжелого течения, коморбидной психической патологии, резистентности к терапии с целью динамической оценки состояния, определения показаний для коррекции амбулаторного лечения, своевременной госпитализации в стационар [1,2,34,36,85,147,232].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

• Пациентам с ГТР, имеющим пониженный или повышенный вес, **рекомендуется** лечебное питание для улучшения психоэмоционального статуса и коррекции эмоциональной дисрегуляции [221].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя в случаях, предусмотренных ч. 1 ст. 27 Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185 -1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (далее - Закон № 3185-1).

«Решение вопросов о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначенной руководителем медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, или комиссией врачей-психиатров, назначенной органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения» (ч. 2 ст. 27 Закона N 3185-1). Такое освидетельствование возможно как при добровольном обращении лица за психиатрической помощью, так и недобровольно, при наличии показаний для недобровольного освидетельствования.

Основанием для установления диспансерного наблюдения является наличие хронического и затяжного психического расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (ч. 1 ст. 27 Закона № 3185-1).

Порядок диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями определен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июня 2022 г. N 453н “Об утверждении Порядка диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями”, вступивший в силу с 1 марта 2023 г.

В соответствии с приложением к Порядку, определено 5 групп диспансерного наблюдения: Д-1, Д-2, Д-3, Д-4, Д-5 (активное диспансерное наблюдение), внутри которых при необходимости могут выделяться подгруппы.

При выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица диспансерное наблюдение прекращается (ч. 4 ст. 27 Закона № 3185-1).

Группа диспансерного наблюдения	Хроническое и затяжное психическое расстройство с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, при наличии которого устанавливается группа диспансерного наблюдения	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Примечания
Д-1	Хроническое и затяжное психическое расстройство с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (далее - психическое расстройство), в связи с которым осуществлялась госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях (далее - медицинская организация), 1 раз в год и более и (или)	Не реже 1 раза в месяц	Наличие (отсутствие) суицидальных мыслей и намерений или самоповреждающего поведения - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; симптомы, обусловливающие склонность к совершению общественно опасных действий, - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; вес (индекс массы тела),окружность талии - 1 раз в 3 месяца; артериальное давление - 1 раз в месяц;клинический анализ крови - не реже 1 раза в год;уровень пролактина в крови (при назначении антипсихотических	В группе диспансерного наблюдения при необходимости определяются следующие подгруппы: Н - лица на начальных этапах психического расстройства; С - лица с суицидальными мыслями и намерениями; З - лица с психическими расстройствами и расстройствами поведения, имеющие коморбидные заболевания, связанные с употреблением

	продолжительностью более 120 дней в течение 2 лет		лекарственных препаратов) - не реже 1 раза в год; электрокардиограмма - не реже 1 раза в год	психоактивных веществ; К - лица с низкой приверженностью к лечению; П - лица, получающие лечение лекарственными препаратами пролонгированного действия
Д-2	Психическое расстройство, в связи с которым осуществлялась госпитализация в медицинскую организацию 1 раз в 2 года и продолжительностью менее 120 дней в течение 2 лет	В течение первого года - не реже 1 раза в месяц; в дальнейшем - не реже 1 раза в 2 месяца	Наличие (отсутствие) суицидальных мыслей и намерений или самоповреждающего поведения - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; симптомы, обусловливающие склонность к совершению общественно опасных действий, - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; вес (индекс массы тела), окружность талии - 1 раз в 3 месяца; артериальное давление - 1 раз в 2 месяца; клинический анализ крови - не реже 1 раза в год; уровень пролактина в крови (при назначении антипсихотических лекарственных препаратов) - не реже 1 раза в год; электрокардиограмма - не реже 1 раза в год	
Д-3	Психическое расстройство, в связи с которым не осуществлялась госпитализация в медицинскую организацию в течение 3 лет и более	Не реже 1 раза в 3 месяца	Наличие (отсутствие) суицидальных мыслей и намерений или самоповреждающего поведения - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; симптомы, обусловливающие склонность к совершению общественно опасных действий, - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; вес (индекс массы тела), окружность талии - 1 раз в 3 месяца; артериальное давление - 1 раз в 3 месяца; клинический анализ крови - не реже 1 раза в год; уровень пролактина в крови (при назначении антипсихотических лекарственных препаратов) - не реже 1 раза в год; электрокардиограмма - не реже 1 раза в год	
Д-4	Психическое расстройство в стадии ремиссии или компенсации, в связи с которым не осуществлялась госпитализация в медицинскую организацию в течение 5 лет и более	Не реже 1 раза в год	Наличие (отсутствие) суицидальных мыслей и намерений или самоповреждающего поведения - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; симптомы, обусловливающие склонность к совершению общественно опасных действий, - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; вес (индекс массы тела), окружность талии - не реже 1 раз в год; артериальное давление - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; клинический анализ крови - не реже 1 раза в год; уровень пролактина в крови (при	

			назначении антипсихотических лекарственных препаратов) - не реже 1 раза в год; электрокардиограмма - не реже 1 раза в год	
Д-5 (активное диспансерное наблюдение)	Психическое расстройство при установлении следующих фактов: 1) совершение лицом общественно опасных действий (в том числе по данным анамнеза); 2) назначение судом лицу принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях; 3) назначение судом лицу других видов принудительных мер медицинского характера (в том числе по данным анамнеза); 4) принятие судебного решения о прекращении применения принудительных мер медицинского характера в медицинской организации; 5) наличие у лица в структуре психического расстройства симптомов, обусловливающих склонность к совершению общественно опасных действий (императивные галлюцинации, некоторые формы бреда, психопатоподобные состояния с повышенной поведенческой активностью и патологией влечений и проч.) (в том числе по данным анамнеза)	В течение 10 рабочих дней после установления диспансерного наблюдения; в дальнейшем не реже 1 раза в месяц	Наличие (отсутствие) суицидальных мыслей и намерений или самоповреждающего поведения - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; симптомы, обусловливающие склонность к совершению общественно опасных действий, - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; патопсихологическое исследование - не реже 1 раза в год; вес (индекс массы тела), окружность талии - 1 раз в 3 месяца; артериальное давление - 1 раз в месяц; клинический анализ крови - не реже 1 раза в год; уровень пролактина в крови (при назначении антипсихотических лекарственных препаратов) - не реже 1 раза в год; наличие и (или) концентрация лекарственных препаратов и их метаболитов в биологических объектах (моча и (или) кровь) в рамках контроля за лечением, назначенным врачом-психиатром, - не реже 1 раза в 6 месяцев; электрокардиограмма - не реже 1 раза в год	

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию [147,232]:

1) Выраженная тревога, требующая подбора фармакотерапии в стационаре;

2) Наличие коморбидных психических расстройств, требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре;

3) Наличие коморбидных соматических расстройств, требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре;

4) Выраженные фобические состояния с ограничительным поведением;

5) Плохая переносимость медикаментозной терапии;

6) Систематическое употребление алкоголя для уменьшения выраженности тревоги.

Показания к выписке пациента из медицинской организации [147,232]:

1) Подбор адекватной и эффективной фармакотерапии;

2) Отсутствие выраженных нежелательных явлений;

3) Снижение уровня тревожности;

4) Стабилизация психического состояния;

5) Стабилизация соматического состояния;

6) Купирование фобических состояний с преодолением ограничительного поведения.

Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Факторы, способствующие затяжному течению (предикторы затяжного течения ГТР) [2,35,85,96,97]

Предикторы непрерывного течения затяжных форм	• преморбидная минимальная церебральная дефицитарность; • правосторонний тип функциональной межполушарной асимметрии; • эмоциональное пренебрежение со стороны значимых лиц в родительской семье, что приводит к биопсихосоциальной констелляции, препятствующей разрешению конфликтов, связанных с неудачным опытом ранних отношений, интеграции нового опыта, формированию устойчивой самооценки и определяющей снижение адаптационного потенциала личности
Предикторы волнообразного течения затяжных форм	• личностные особенности индивида, определяющие его уязвимость к стрессовым воздействиям, затрагивающим наиболее значимые отношения личности и имеющим сходный (стереотипный) характер
Психологические предикторы затяжного течения	• использование психологической защиты в виде вытеснения; • интернальность в отношении к болезни; • более глубокие нарушения нарциссической регуляции, формирующие нестабильность самооценки, высокую уязвимость к критике; • избирательное внимание к неудачному опыту; • трудности в построении межличностных отношений, проявляющиеся либо избеганием контактов, либо поиском патерналистских отношений, обеспечивающих поддержание позитивной самооценки
Социальные предикторы затяжного течения	• воспитание матерью-одиночкой; • развод/расставание родителей; • дисгармоничные отношения в родительской семье, что указывает на особую значимость семейных отношений в формировании у больных с хроническим затяжным течением невротических расстройств навыков проблемно-решающего поведения

Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при генерализованном тревожном расстройстве (коды по МКБ - 10: F41.1)

№	Критерий качества	Оценка выполнения
1	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра / врача-психотерапевта первичный с проведением развернутого клинико-психопатологического обследования (включая сбор анамнеза, оценку суицидального риска, выраженность панических атак и ограничительного поведения)	Да/Нет
2	Выполнено экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (при установлении диагноза).	Да/Нет
3	Выполнено индивидуальное клинико-психологическое консультирование	Да/Нет
4	Выполнено назначение антидепрессантов и/или анксиолитиков (в качестве купирующей или поддерживающей и профилактической терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5	Проведена смена терапии при отсутствии эффекта или непереносимости терапии	Да/Нет
6	Проведена индивидуальная и / или групповая психотерапия и социально-реабилитационная работа	Да/Нет
7	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра / врача психотерапевта повторный с проведением оценки эффективности лечения	Да/Нет

Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ГТР (код по МКБ-10 F41.1)

№	Критерий качества	Оценка выполнения
1	Выполнен ежедневный осмотр врачом-психиатром / врачом-психотерапевтом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара с оценкой эффективности курса терапии	Да/Нет
2	Выполнено экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (при установлении диагноза).	Да/Нет
	Выполнено индивидуальное клинико-психологическое консультирование	Да/Нет
3	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
4	Проведено лечение антидепрессантами и/или анксиолитиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5	Проведена индивидуальная и / или групповая психотерапия, социально-реабилитационная работа	Да/Нет
6	Проведена смена терапии при отсутствии эффективности или непереносимости терапии	Да/Нет

7	Проведена оценка эффективности и безопасности продолжения противорецидивной амбулаторной терапии.	Да/Нет

Список литературы

1. Tyrer P. Generalised anxiety disorder / P. Tyrer, D. Baldwin // Lancet. - 2006. - Vol. 16, №368(9553). - P. 2156-2166. - DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69865-6

2. Караваева Т.А. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств / Т. А. Караваева, А. П. Коцюбинский. - Санкт-Петербург: Спецлит, 2017. - 286с.

3. Залуцкая Н.М. Генерализованное тревожное расстройство: современные теоретические модели и подходы к диагностике и терапии. Часть 1. / Н. М. Залуцкая // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2014. - № 3. - С. 80-89.

4. Залуцкая Н.М. Генерализованное тревожное расстройство: современные теоретические модели и подходы к диагностике и к терапии. Часть 2. / Н. М. Залуцкая // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2014. - № 4. - С. 129-134.

5. Maron E. Biological markers of generalized anxiety disorder / E.Maron, D. Nutt / Dialogues Clin. Neurosci. - 2017. - Vol.19(2) - P. 147-158. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573559

6. Eng W. Interpersonal correlates of generalized anxiety disorder: self versus other perception /W.Eng, R. G. Heimberg // Anxiety Disorders. - 2006. - Vol.20.-P.380-387. - DOI: 10.1016/j.janxdis.2005.02.005

7. Бобров А.Е. Клинические, личностные и когнитивно-стилевые особенности больных с тревожными расстройствами / А. Е. Бобров, Е. В. Файзрахманова // Российский психиатрический журнал. - 2017. - № 5. - С. 50-58.

8. Bandelow B. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century /B. Bandelow, S. Michaelis // Dialogues Clin. Neurosci. - 2015.- Vol.17(3). - P.327-335. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610617

9. Kessler R.C. The epidemiology of generalized anxiety disorder / R. C.Kessler, M. B. Keller, H. U. Wittchen // Psychiatr. Clin. North Am. - 2001.- Vol. 24. - P. 19-39.

10. Lijster J.M. The Age of Onset of Anxiety Disorders / J. M. Lijster, B. Dierckx, E. M. Utens et al. // Can. J. Psychiatry. - 2017 Vol.62(4). - P. 237-246. - doi: 10.1177/0706743716640757.

11. Weisberg Risa B. Overview of generalized anxiety disorder: epidemiology, presentation, and course / Risa B. Weisberg // J.Clin. Psychiatry. - 2009. - Vol. 70, Suppl. 2. - P. 4-9.

12. Stein D.J. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back /

D. J.Stein, K. M. Scott, P. de Jonge, R. C. Kessler // Dialogues Clin. Neurosci. - 2017/ -Vol.19(2). -P. 127-136.

13. Мартынихин И. А. Гендерные различия эпидемиологии и патогенеза депрессивных и тревожных расстройств в контексте их влияния на эффективность терапии сертралином (Золофтом). / И. А. Мартынихин // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. - 2019. - № 03. - С. 52-58.

14. Залуцкая Н.М. Генерализованное тревожное расстройство: от механизмов формирования к рациональной терапии / Н. М. Залуцкая // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. - 2013. - № 3. - С. 99-111.

15. Вельтищев Д.Ю. Диагностика и лечение генерализованного тревожного расстройства (обзор литературы] / Д. Ю. Вельтищев // Современная терапия психических расстройств. - 2018. - № 3. - С. 26-37.

16. Ромасенко Л.В. Генерализованное тревожное расстройство у пациентов общей медицинской практики: клиника, лечение / Л. В. Ромасенко, Ю. А. Александровский, В. М. Махов и др. // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина. - 2015. - № 3 - С. 56-59.

17. Вознесенская Т.Г. Генерализованное тревожное расстройство: дифференциальный диагноз и лечение / Т. Г. Вознесенская // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2013. - № 2. - С. 18-22.

18. Алмагамбетова А. А. Клинические особенности и терапия генерализованного тревожного расстройства / А. А. Алмагамбетова, Ш. Б. Толеубаева, С. К. Сатаева, Е. А. Павлюкова // Наука и здравоохранение. - 2013. - № 4. - С. 71-74.

19. Вельтищев Д.Ю. Генерализованное тревожное расстройство: проблемы диагностики, прогноза и психофармакотерапии / Д. Ю. Вельтищев, А. С. Марченко // Современная терапия психических расстройств. - 2013. - № 1.- С. 17-23.

20. Волель Б.А. Когнитивные нарушения при тревожных расстройствах / Б. А. Волель, Д. С. Петелин, Р. В. Ахапкин, А. А. Малютина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2018. - Т. 10, № 1. - С. 78-82.

21. Hoehn-Saric R. Somatic symptoms and physiologic responses in generalized anxiety disorder and panic disorder: An ambulatory monitor study / R. Hoehn-Saric, D. R. McLeod, F. Funderburk, P. Kowalski //Archives of General Psychiatry. - 2004. - Vol.61 (9). - P. 913-921. - DOI: 10.1001/archpsyc.61.9.913

22. Караваева Т.А. Критерии и алгоритм диагностики генерализованного тревожного расстройства / Т. А. Караваева, А. В. Васильева, С. В. Полторак и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2015. - № 3. - С. 124-130.

23. Bruce S.E. Influense of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia and panic disorder: 12-year prospective study / S. E.Bruce, K. A. Yonkers, M. W. Otto // Am.J.Psychiatry.- 2005. - Vol.162 (6). -P. 1179-1187. - DOI: 10.1176/appi.ajp.162.6.1179

24. Pavlova B. Prevalence of current anxiety disorders in people with bipolar disorder during euthymia: a meta-analysis / B. Pavlova, R. H. Perlis, O. Mantere et al. // Psychol. Med. - 2017. - Vol. 47(6). - P. 1107-1115. - doi: 10.1017/S0033291716003135.

25. Preti A. Prevalence, impact and treatment of generalised anxiety disorder in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis /A.Preti, J. Vrublevska, A. A. Veroniki et al. // Evid.BasedMent.Health. - 2016. - Vol.19(3). -P. 73-81. - doi: 10.1136/eb-2016-102412.

26. YapiciEser H. Prevalence and Associated Features of Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder: A Meta-Analysis and Meta-Regression Study [Электронный ресурс] /H.YapiciEser, A. S. Kacar, C. M. Kilciksiz et al. // Front Psychiatry. - 2018. - Vol.27:9:229. - doi: 10.3389/fpsyt.2018.00229. - Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6030835/

27. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия / С. Н. Мосолов. - М.: Антинфо, 2007. - 32 с.

28. Салмина-Хвостова О.И. Тиаприд в лечении генерализованного тревожного расстройства, коморбидного с алкоголизмом / О. И. Салмина-Хвостова, Д. В. Зяблицев // Российский психиатрический журнал. - 2014. - № 4. - С. 53-57.

29. Шавловская О.А. Коррекция тревожных нарушений: фокус на коморбидного пациента / О. А. Шавловская, С. Л. Кузнецов // Терапевтический архив. - 2018. - № 4. - С. 67-71

30. Левин О.С. Генерализованное тревожное расстройство: диагностика, коморбидность и лечение / О. С. Левин // Современная терапия в психиатрии и неврологии. -2016. - № 2. - С. 4-10.

31. Незнанов Н. Г. Особенности диагностики генерализованного тревожного расстройства российскими психиатрами: результаты исследования с использованием оценки кратких клинических описаний /Н.Г. Незнанов, И.А. Мартынихин// Современная терапия психических расстройств. - 2018. - № 4. - С. 51-59.

32. Александровский Ю.А. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике [Электронный ресурс]: руководство для практикующих врачей / под общ. ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова -М. :Литтерра, 2014. - 1080 с. (Серия «Рациональная фармакотерапия») - ISBN 978-5-4235-0134-1 - Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html.

33. Мосолов С.Н. Алгоритм биологической терапии генерализованного

тревожного расстройства / С. Н. Мосолов, П. В. Алфимов // Современная терапия психических расстройств. - 2015. - № 2. - С. 24-28.

34. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, Costa DLDC, Denys D, Dilbaz N, Domschke K, Eriksson E, Fineberg NA, Hattenschwiler J, Hollander E, Kaiya H, Karavaeva T, Kasper S, Katzman M, Kim YK, Inoue T, Lim L, Masdrakis V, Menchon JM, Miguel EC, Moller HJ, Nardi AE, Pallanti S, Perna G, Rujescu D, Starcevic V, Stein DJ, Tsai SJ, Van Ameringen M, Vasileva A, Wang Z, Zohar J. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - Version 3. Part I: Anxiety disorders. World J Biol Psychiatry. 2023 Feb;24(2):79-117. doi: 10.1080/15622975.2022.2086295. Epub 2022 Jul 28. PMID: 35900161

35. Костюкова Е.Г. Дифференцированная фармакотерапия генерализованного тревожного расстройства/ Е. Г. Костюкова, М. Я. Ладыженский // Современная терапия психических расстройств. - 2018. - № 1. - С. 45-52.

36. Караваева Т.А. Принципы и алгоритмы психофармакологического лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) / Т. А. Караваева, А. В. Васильева, С. В. Полторак, Ю. П. Колесова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2016. - № 1. - С. 3-9.

37. Bandelow B. Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders / B. Bandelow, U. Seidler-Brandler, A. Becker et al. // World J. Biol. Psychiat. - 2007. - Vol. 8 (3). -P .175-187.

38. Cuijpers P. Эффективность психотерапии и фармакотерапии в лечении депрессивных и тревожных расстройств: метаанализ прямых сравнительных исследований / P. Cuijpers, M. Sijbrandij, S. L. Kooleet al. // Всемирная психиатрия (на русском языке). - 2013. - Vol. 2. - P. 130-141.- (World Psychiatry.-2013. - Vol. 12. - P. 137-148).

39. Залуцкая Н.М. Генерализованное тревожное расстройство: современные теоретические модели и подходы к диагностике и к терапии. Часть 3. / Н. М Залуцкая. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2015. - № 1. - С. 83-89.

40. Павличенко А.В. Научно обоснованная психофармакотерапия генерализованного тревожного расстройства / А. В. Павличенко // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2015. - Т. 17, № 1. - С. 61-66.

41. Baldwin D. Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: systematic review and meta-analysis[3neKTpoHHMd pecypc] /D. Baldwin, R. Woods, R. Lawson, D. Taylor // BMJ. - 2011: 342. - Режим доступа: doi: https://doi.org/10.1136/bmj.d1199

42. Baldwin D. S. Evidence-based pharmacotherapy of generalized anxiety disorder / D.

S. Baldwin, S. Waldman, C. Allgulander // Essential Evidence-Based Psychopharmacology / ed. by D. Stein, B. Lerer, S. M. Stahl. - Cambridge University Press, 2013.- Ch. 7. - P. 110-127. - DOI: https://doi.org/10.1017/CBO9780511910395.008

43. Bandelow B. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis / B. Bandelow, M. Reitt, C. Rover et al. // Int. Clin. Psychopharmacol. - 2015.- Vol.30(4). - P.183192. - doi: 10.1097/YIC.0000000000000078

44. Hidalgo R. B. An effect-size analysis of pharmacologic treatments for generalized anxiety disorder / R. B.Hidalgo, L. A. Tupler, J. R. Davidson // J.Psychopharmacol. - 2007.- Vol. 21 (8). - P. 864-872. - DOI: 10.1177/0269881107076996

45. Slee A. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis / A. Slee, I. Nazareth, P. Bondaronek et al. // Lancet. - 2019. - Vol. 23, № 393(10173). - P. 768-777. - doi: 10.1016/S0140-6736(18)31793-8.

46. Starcevic V. Generalized anxiety disorder: Psychopharmacotherapy update on a common and commonly overlooked condition /V. Starcevic//Australasian Psychiatry. - 2015. - Vol.23(4). -P. 338-342. - doi: 10.1177/1039856215587233.

47. Cipriani A. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis /A. Cipriani, T. A. Furukawa, G. Salanti et al. // Lancet. - 2009. - Vol. 28. - № 373 (9665). - P. 746-758. - doi: 10.1016/S0140- 6736(09)60046-5.

48. Davidson J. R. T. Duloxetine treatment for relapse prevention in adults with generalized anxiety disorder: a double-blind placebo-controlled trial / J. R. T. Davidson, H.-U. Wittchen, P.-M. Llorca, J. Erickson // Neuropsychopharmacol. - 2008. - Vol. 18 (9). - P. 673681. - https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2008.05.002

49. De Vries Y.A. Influence of baseline severity on antidepressant efficacy for anxiety disorders: meta-analysis and meta-regression / Y. A.De Vries, P. de Jonge, E. van den Heuvel et al. // Br. J. Psychiatry. - 2016.- Vol.208(6). - P. 515-521. - doi: 10.1192/bjp.bp.115.173450

50. Li X. Short-term efficacy and tolerability of venlafaxine extended release in adults with generalized anxiety disorder without depression: A meta-analysis [Электронный ресурс] /X. Li, L .Zhu, Y. Su, S. Fang // PLoS One. - 2017. - Vol. 5. -№12(10):e0185865. - Режим доступа: http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0185865

51. Rickels K. Paroxetine treatment of generalized anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled study / K. Rickels, R. Zaninelli, J. McCafferty et al. // Am.J.Psychiat. - 2003. - Vol. 160 (4). - P. 749-756. - DOI: 10.1176/appi.ajp.160.4.749

52. Roles S. The largest meta-analysis of pharmaceutical treatments of Generalised Anxiety Disorder consolidates current knowledge and reveals convincing effectiveness of Venlafaxine / S. Roles // Evid.Based Nurs. - 2019. - Vol. 28. - pii: ebnurs-2019-103111. - doi:

10.1136/ebnurs-2019-103111.[Epub ahead of print].

53. Костюкова Е.Г. Дифференцированный подход к применению антидепрессантов / Е. Г. Костюкова, С. Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств. - 2013. - № 3. - С. 2-10.

54. Bech P. Dose-response relationship of pregabalin in patients with generalized anxiety disorder. A pooled analysis of four placebo-controlled trials / P. Bech // Pharmacopsychiatry. - 2007. - Vol. 40 (4). - P. 163-168. - DOI: 10.1055/s-2007-984400

55. Generoso M.B. Pregabalin for generalized anxiety disorder: an updated systematic review and meta-analysis / M. B.Generoso, A. P. Trevizol. S. Kasper et al. // Int. Clin. Psychopharmacol. - 2017. - Vol.32(1). - P. 49-55.

56. Lydiard R.Comparative efficacy of pregabalin and benzodiazepines in treating the psychic and somatic symptoms of generalized anxiety disorder / R. B. Lydiard, K. Rickels, B. Herman, D. E. Feltner// Int.J.Neuropsychopharmacol. - 2010. - Vol. 13 (2). - P. 229-241. -DOI: 10.1017/S1461145709990460

57. RickelsK. Adjunctive therapy with pregabalin in generalized anxiety disorder patients with partial response to SSRI or SNRI treatment /K.Rickels, T. M. Shiovitz, T. S. Ramey et al. // Int. Clin. Psychopharmacol. - 2012. - Vol. 27 (3). - P. 142-150. - DOI: 10.1097/YIC.0b013e328350b133

58. Монтгомери С.А. Прегабалин при лечении генерализированного тревожного расстройства (расширенный реферат) / С. А. Монтгомери // Психические расстройства в общей медицине. - 2010. - № 1. - С. 55-60.

59. Павличенко А. В. Прегабалин в терапии генерализованного тревожного расстройства: критический обзор литературы / А. В. Павличенко // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина. - 2014. - № 4. - С. 39-45.

60. Perna G. Long-Term Pharmacological Treatments of Anxiety Disorders: An Updated Systematic Review / G. Perna, A. Alciati, A. Riva et al. // Curr.PsychiatryRep. - 2016. - Vol.18 (3). - P. 23. - DOI: 10.1007/s11920-016-0668-3

61. Аведисова А.С. Длительное применение бензодиазепиновых транквилизаторов: распространенность и связь с формированием лекарственной зависимости / А. С. Аведисова, Д. В. Ястребов // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина. - 2010. - № 1. - С. 17-24.

62. Незнамов Г.Г. Субъективная оценка больными действия анксиолитиков: зависимость от структуры тревожных расстройств / Г. Г. Незнамов, М. В. Метлина, Н. И. Богданова и др. // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина. - 2017. - Т. 19, № 3. - С. 10-18.

63. Осадший Ю.Ю. Место бензодиазепинов в современной терапии психических

расстройств (обзор доказательных исследований) / Ю. Ю. Осадший, Р. А. Вобленко, Д. С. Арчаков, Е. А. Тараканова // Современная терапия психических расстройств. -2016. - № 1. - С. 2-10.

64. Беккер Р.А. Клоназепам: обзор новейших данных по применению / Р. А.Беккер, Ю. В. Быков // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П. Б. Ганнушкина. - 2017. - № 1. - С. 17-29.

65. Baldwin D. S. Antipsychotic drugs in the treatment of generalized anxiety disorder / D. S. Baldwin, S. K. Waldman // Int.J.Psychiat. Clin.Pract. - 2009. - Vol. 13 (Suppl.). - P. S10-S10. - https://www.ndcn.ox.ac.uk/publications/507094

66. Hershenberg R. Role of atypical antipsychotics in the treatment of generalized anxiety disorder / R. Hershenberg, D. F. Gros, O. Brawman-Mintzer // CNS Drugs. - 2014. - Vol.28(6). - P. 519-533. - doi: 10.1007/s40263-014-0162-6.

67. Maneeton N. Quetiapine monotherapy in acute treatment of generalized anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials /N. Maneeton, B. Maneeton, P. Woottiluk et al. // Drug Des.Devel.Ther. - 2016. - Vol.12 (10). - P. 259-276. - doi: 10.2147/DDDT.S89485.

68. Беккер Р. А. Алимемазин: обзор применения / Р. А. Беккер, Ю. В. Быков // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина. - 2016. - № 6. - С.1020.

69. Быков Ю.В. Сульпирид в терапии тревожных расстройств и тревожной симптоматики в рамках иных расстройств (обзор литературы)/ Ю. В. Быков, Р. А. Беккер // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина. - 2016. - Т. 18, № 5. - С. 25-33.

70. Быков Ю.В. Хлорпротиксен: обзор применения в психиатрии (I часть)/ Ю. В. Быков, Р. А. Беккер // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина. - 2016. - №2. - С. 26-32.

71. Воробьева О.В. Пути повышения эффективности терапии тревожных расстройств в клинике нервных болезней / О.В. Воробьева // Психиатрия и психофармакотерапия - 2018. - № 2. - С. 10-15.

72. Медведев В.Э. Алимемазин в психиатрии и психосоматике / В. Э. Медведев // Психиатрия и психофармакотерапия - 2018. - № 3-4. - С. 26-33.

73. Lader M. Многоцентровое сравнительное исследование гидроксизина, буспирона и плацебо двойным слепым методом у больных с генерализованными тревожными состояниями (расширенный реферат) / M. Lader, J.-C. Scotto // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина. - 2002. -№2. -С. 76-78 .

74. Guaiana G. Hydroxyzine for generalised anxiety disorder / G.Guaiana, C. Barbui, A. Cipriani // Cochrane Database Syst Rev. - 2010. - Vol. (12). - CD006815. - DOI:

10.1002/14651858.CD006815.pub2 •

75. Chessick C.A. Azapirones for generalized anxety disorder / C. A. Chessick, M. H. Allen, M. Thaseet al. //Cochrane Database Syst. Rev. - 2006. - Vol. (3). - CD006115.

76. Дзампаев А. Т. Клинический потенциал и перспективы применения препарата буспирон в терапии тревожных расстройств / А. Т. Дзампаев, И. А. Суворова, И. В. Дамулин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2014. - Т. 114, № 8. - С. 94-104.

77. Stein D. J. Efficacy and safety of agomelatine 25-50 mg/day versus escitalopram 10-20 mg/day in severe generalised anxiety disorder/ D. J.Stein, J. P. Khoo, M. van Ameringen et al. // European Neuropsychopharmacology. - 2017. - Vol. 27, № 4 (S1). - S1003. - DOI: 10.1016/S0924-977X(17)31762-5

78. Stein D.J.12-week double-blind randomized multicenter study of efficacy and safety of agomelatine (25-50 mg/day) versus escitalopram (10-20 mg/day) in out-patients with severe generalized anxiety disorder / D. J. Stein, J. P. Khoo, A. A. Ahokas et al. // European Neuropsychopharmacology. - 2018. - Т. 28 (8). - P. 970-979. - doi: 10.1016/j.euroneuro.2018.05.006

79. Stein D. J. Efficacy of Agomelatine in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study / D. J. Stein, A. A. Ahokas, C. De Bodinat // J.Clin. Psychopharmacol. - 2008. - Vol. 28. - P. 561-566. - DOI: 10.1097/JCP.0b013e318184ff5b

80. Быков Ю.В. Агомелатин: расширенные показания в психиатрии, неврологии и наркологии (обзор литературы) / Ю. В. Быков, Р. А. Беккер // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина. - 2018. - № 3-4. - С. 4-18.

81. Yee A. Vortioxetine Treatment for Anxiety Disorder: A Meta-Analysis Study/ A. Yee, C. G. Ng, H. S. Loh // Curr.DrugTargets. - 2018. - Vol.19(12). - P.1412-1423.- doi: 10.2174/1389450118666171117131151

82. Беккер Р.А. Триттико (тразодон) - уникальный серотонинергический антидепрессант с рядом дополнительных свойств / Р. А. Беккер, Ю. В. Быков // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина. - 2018. - № 3-4. - С. 51-62.

83. Боголепова А.Н. Современные подходы к терапии тревожных расстройств у пациентов пожилого возраста / А. Н.Боголепова, Е. А. Коваленко, Е. В. Махнович // Медицинский совет. - 2017.- № 5. - С. 60-64.

84. Воробьева О.В. Пути повышения эффективности терапии тревожных расстройств в клинике нервных болезней / О. В. Воробьева // Психиатрия и психофармакотерапия- 2016. - № 1. - С. 34-39.

85. Караваева Т.А. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) / Т. А. Караваева, А. В. Васильева, С. В. Полторак // Обозрение

психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2016. - № 4. - С. 42-51.

86. Cuijpers P. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis / P. Cuijpers, M. Sijbrandij, S. L. Koole et al. // World Psychiatry. - 2014. - Vol. 13(1). - P. 56-67. - DOI: 10.1002/wps.20089

87. Turk C. L. Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: a comparison with social anxiety disorder / C. L.Turk, R. G. Heimberg, J. A. Luterek et al. // Cognitive Therapy and Research. - 2005. - Vol. 29 (1). - P. 89-106. - DOI: 10.1007/s10608-005-1651-1

88. Montero-Marin J. Is cognitive-behavioural therapy more effective than relaxation therapy in the treatment of anxiety disorders? A meta-analysis / J.Montero-Marin J., Garcia-Campayo, A. Lopez-Montoyo et al. // Psychol.Med. - 2018. - Vol.48(9). - P. 1427-1436. - doi: 10.1017/S0033291717003099.

89. Khoury B. Mindfulness-based therapy: a com-prehensive meta-analysis / B. Khoury, T. Lecomte, G. Fortin et al. // Clin. Psychol. Rev. - 2013. - Vol. 33(6). - P. 763-771. http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005

90. Hall J. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression /J.Hall, S. Kellett, R. Berrios et al. // Am.J.Geriatr.Psychiatry. - 2016. - Vol. 24(11). - P. 1063-1073. - doi: 10.1016/j.jagp.2016.06.006.

91. Cuijpers P. Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis /P.Cuijpers, C. Gentili, R. M. Banos et al. // J. Anxiety Disord. - 2016. - Vol.43. - P. 79-89. -doi: 10.1016/j.janxdis.2016.09.003.

92. Саякин В.Ю. Специфика когнитивно-бихевиорального подхода к проблеме генерализованного тревожного расстройства / В. Ю. Саякин // Высшее образование сегодня. - 2018. - № 6. - С. 55-57.

93. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральные модели и методы лечения генерализованного тревожного расстройства / А. Б. Холмогорова // Современная терапия психических расстройств. - 2014.- № 1. - С. 19-24.

94. Cape J. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression / J. Cape, C. Whittington, M. Buszewicz et al. // BMC Med. - 2010. - Vol. 8.- P 38. - DOI: 10.1186/1741-7015-8-38

95. Gersh E. Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder/E.Gersh, D. J. Hallford, S. M. Rice et al. // J. Anxiety Disord. - 2017. - Vol.52. - P. 25-33. - doi: 10.1016/j.janxdis.2017.10.001.

96. Romera I. Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder, in primary care: prevalence of painful somatic symptoms, functioning and

health status /I.Romera, S. Furnandez-Purez, B. L. Montego et al. // J.Affect.Disord. - 2010. - Vol.127. - P. 160-168. - DOI: 10.1016/j.jad.2010.05.009

97. Yonkers K. A. Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorder / K. A.Yonkers, I. R. Dyck, M. G. Warshaw, M. B. Keller // British Journal of Psychiatry. - 2000. - Vol. 176. - P. 544-549. - DOI: 10.1192/bjp.176.6.544

98. Sharma A., Verbeke W. J. M. I. Understanding importance of clinical biomarkers for diagnosis of anxiety disorders using machine learning models //PloS one. - 2021. - Т. 16. - №. 5. - С. e0251365.

99. Almis B. H., Aksoy I. Mean platelet volume level in patients with generalized anxiety disorder //Psychiatry and Clinical Psychopharmacology. - 2018. - Т. 28. - №. 1. - С. 4347.

100. Kuczmierczyk A. R. et al. Serum cholesterol levels in patients with generalized anxiety disorder (GAD) and with GAD and comorbid major depression //The Canadian Journal of Psychiatry. - 1996. - Т. 41. - №. 7. - С. 465-468.

101. Simon N. M. et al. Hypothyroidism and hyperthyroidism in anxiety disorders revisited: new data and literature review //Journal of affective disorders. - 2002. - Т. 69. - №. 1 - 3. - С. 209-217.

102. Grillon C., Buchsbaum M. S. EEG topography of response to visual stimuli in generalized anxiety disorder //Electroencephalography and clinical neurophysiology. - 1987. - Т. 66. - №. 4. - С. 337-348.

103. Siragusa M. A. et al. A systematic review of ultrasound imaging and therapy in mental disorders //Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. - 2020. - Т. 101. - С. 109919.

104. Paulesu E. et al. Neural correlates of worry in generalized anxiety disorder and in normal controls: a functional MRI study //Psychological medicine. - 2010. - Т. 40. - №. 1. - С. 117.

105. Pittig A. et al. Heart rate and heart rate variability in panic, social anxiety, obsessive-compulsive, and generalized anxiety disorders at baseline and in response to relaxation and hyperventilation //International journal of psychophysiology. - 2013. - Т. 87. - №. 1. - С. 1927.

106. Zhang Y. et al. Duloxetine in treating generalized anxiety disorder in adults: A meta-analysis of published randomized, double-blind, placebo-controlled trials //Asia-Pacific Psychiatry. - 2016. - Т. 8. - №. 3. - С. 215-225.

107. Boschen M. J. A meta-analysis of the efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder //The Canadian Journal of Psychiatry. - 2011. - Т. 56. - №. 9. - С. 558-566.

108. Rickels K. et al. Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder: a placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone, and diazepam //Archives of General Psychiatry. - 1993. - Т. 50. - №. 11. - С. 884-895.

109. Min-cai Q., Ju-shui S. U. N. Venlafaxine extended release (24 patients) vs clomipramine (25 patients) in treatment of generalized anxiety disorder //Chinese Journal of New Drugs and Clinical Remedies. - 2004. - Т. 2.

110. Khan A. et al. Extended-release quetiapine fumarate (quetiapine XR) as adjunctive therapy in patients with generalized anxiety disorder and a history of inadequate treatment response: a randomized, double-blind study //Ann Clin Psychiatry. - 2013. - Т. 25. - №. 4. - С. E7-E22.

111. Brawman-Mintzer O., Knapp R. G., Nietert P. J. Adjunctive risperidone in generalized anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled study //The Journal of clinical psychiatry. - 2005. - Т. 66. - №. 10. - С. 1321-1325.Pollack M. H. et al.

112. Pollack M.H., Simon N.M., Zalta A.K., Worthington J.J., Hoge E.A., Mick E., Kinrys G., Oppenheimer J. Olanzapine augmentation of fluoxetine for refractory generalized anxiety disorder: a placebo controlled study //Biological Psychiatry. - 2006. - Т. 59. - №. 3. - С. 211-215.

113. Menza MA, Dobkin RD, Marin H. An open-label trial of aripiprazole augmentation for treatment-resistant generalized anxiety disorder.// J Clin Psychopharmacol.-2007. - Т. 27. - №2. - С.207-210.

114. Worthington JJ, Kinrys G, Wygant LE, Pollack MH. Aripiprazole as an augmentor of selective serotonin reuptake inhibitors in depression and anxiety disorder patients.// Int Clin Psychopharmacol. - 2005. - Т. 20. - №1. - С. 9-11.

115. Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., Романов Д.В. Психофармакотерапия тревожных расстройств пограничного уровня (сравнительное исследование анксиолитического эффекта Афобазола и оксазепама у больных с расстройствами адаптации и генерализованным тревожным расстройством). // РМЖ. – 2006. - том 14, № 9. с.725-730.

116. Аведисова А.С., Чахава В.О., Лесс Ю.Э., Малыгин Я.В. Новый анксиолитик Афобазол при терапии генерализованного тревожного расстройства (результаты сравнительного исследования с диазепамом) // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2006. Т. 8, - № 3. - С. 13-16.

117. Незнамов Г.Г., Сюняков С.А., Чумаков Д.В. и др. Новый анксиолитик Афобазол: результаты сравнительного клинического исследования с диазепамом при генерализованном тревожном расстройстве // Психиатрия и психофармакотерапия. 2006. - Т. 8. - №4. - С. 17-23

118. Дороженок И.Ю., Терентьева М.А. Афобазол при терапии тревожных расстройств у больных дерматологического стационара // Русский медицинский журнал. 2007. - Т. 15, - № 19. - С. 1379-1382.

119. Иванов С.В. Афобазол® в терапии тревожных расстройств в общей медицине. // Эффективная фармакотерапия. Неврология и Психиатрия. -2010. - №2

120. Вельтищев Д. Ю. Диагностика и фармакотерапия тревожного варианта расстройств адаптации: анксиолитик этифоксин (Стрезам) в клинических и экспериментальных исследованиях // Социальная и клиническая психиатрия. - 2010 - Т. 20, № 1 - С. 86-90.

121. Бородин В. И., Зубко В. Г. Широкие возможности применения нового анксиолитика Стрезам // Русский медицинский журнал. - 2012 - Т. 17, № 11 - С. 806-808.

122. Servant D., Graziani P., Moyse D., Parquet P. Treatment of adjustment disorders with anxiety: efficacy and safety of etifoxine in a double blind controlled study // Encephale. - 1998 - Vol. 24 - P. 569-574.

123. Бирюкова Е.В. Применение альфа-тета тренинга БОС при тревожных расстройствах, резистентных к психофармакотерапии (открытое рандомизированное, контролируемое исследование) / Бирюкова Е.В. Тимофеев И.В., Мосолов С.Н. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2010. - №1. -С.15-20.

124 Адаптация методики Л.Н. Собчик. Институт судебной психиатрии им. В.П.Сербского., 1971 г. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (MMPI) Практическое руководство. - М.: Речь, 2007. - 224 с.

125. Ammon G. Das Verstandniseines Entwicklungsdefizitsvon Ich-Strukturenin Personlichkeitundumgebender Gruppeals Grundlagefiir Wisscnschaftund Praxiseiner Dynamischen Psychiatrie. / G. Ammon. // Dynamische Psychiatrie. - 1978. - Jg. 11.- P. 120-140.

126. Бажин Е.Ф. Метод исследования уровня субъективного контроля/ Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина., А.М. Эткинд // Психологический журнал.- Том 5. -1984. - №3. - С.152 162.

127. Назыров Р.К. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами / Р.К. Назыров, С.В. Логачева, М.Б. Ремесло, В.В. Холявко, И.О. Павловский // Методические рекомендации.—СПб.: Издательство НИПНИ им. В.М. Бехтерева.—2011.

128. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: методическое пособие для врачей и психологов. / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова и др. // СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 1998. - 48с.

129. Вассерман Л.И. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для личности ситуациями / Пособие для врачей и медицинских психологов. / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.Р. Исаева и др. // Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - СПб, 2009. - 40с.

130. Корнилова Т.В. Мельбурнский опросник принятия решений: русскоязычная адаптация / Т.В. Корнилова // Психологические исследования. - 2013. - Т. 6. - № 31.

131 . Исурина Г.Л. Опросник KON-2006» - новый метод исследования невротических черт личности. / Г.Л. Исурина, И.В. Грандилевская, П.К. Тромбчиньски // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. - 2017. - Т. 9, № 6(47)

132. Николаев Н.А. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) / Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко // Клиническая фармакологическая терапия. - 2018.- № 27(1). - С. 74 - 78.

133. Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Мосолов С.Н. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей психиатров. // Современная терапия психических расстройств. - 2017, №2, С.2-15

134. Вильянов В.Б., Кременицкая С.А., Соловьева Н.В. Эффективность сульпирида у больных с тревожными расстройствами в зависимости от концентрации серотонина в сыворотке крови. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2015. - Т.115. - №10. - С. 62-65.

135. Fu J., Peng L., Li X. The efficacy and safety of multiple doses of vortioxetine for generalized anxiety disorder: a meta-analysis //Neuropsychiatric disease and treatment. - 2016. - Т. 12. - С. 951.

136. Pae C. U. et al. Vortioxetine, a multimodal antidepressant for generalized anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis //Journal of psychiatric research. - 2015. - Т. 64. - С. 88-98.

137. Гаранян Н.Г., Шарапова А.В. О концепции тревожных расстройств на рабочем месте, ее теоретических основаниях и эмпирической проверке // Современная терапия психических расстройств. – 2023. – No 3. – с. 32–40. –DOI: 10.21265/PSYPH.2023.18.96.004

138. Stein DJ, Ahokas A, Marquez MS, Hoschl C, Oh KS, Jarema M, et al. (2014). Agomelatine in generalized anxiety disorder: an active comparator and placebo-controlled study. // J Clin Psychiatry 75:362-368.

139. Stein DJ, Khoo JP, Picarel-Blanchot F, Olivier V, Van Ameringen M (2021). Efficacy of agomelatine 25-50mg for the treatment of anxious symptoms and functional impairment in generalized anxiety disorder: a meta-analysis of three placebo-controlled studies. // Adv Ther 38:1567-1583.

140. Mosolov S.N., Martynikhin I.A., Syunyakov T.S., Galankin T.L., Neznanov N.G. Incidence of the Diagnosis of Anxiety Disorders in the Russian Federation: Results of a Web- Based Survey of Psychiatrists. // Neurology and Therapy. 2021; 1-14 https://doi.org/10.1007/s40120-021-00277-w

141. Золотарева А.А. Адаптация русскоязычной версии шкалы генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7) // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 4. С. 31-46. DOI: 10.17759/cpp.2023310402

142. Абабков В.А., Беребин М.А., Беспалко И.Г., Бизюк А.П., Бочаров В.В., Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Карпова Э.Б., Малкова Е.Е., Малкова Л.Д., Новожилова М.Ю., Ткаченко С.В., Трифонова Е.А., Червинская К.Р., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности; Коллективная монография /Науч. ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. СПб.: Скифия- принт, 2014. - 408 с.

143. Блейхер, В.М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. - М.: МПСИ, 2009. - 624 с.

144. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение. - СПб. - М.: Академия, 2003. - 736 с.

145. Семенова Н.В., Незнанов Н.Г. Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / сост. Н.В. Семенова, под общ. ред. Н.Г. Незнанова. Выпуск 6. — СПб.: Издательско-поли графическая компания «КОСТА», 2023. — 536 с.

146. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 октября 2017 г. N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (с изменениями и дополнениями от 16 апреля 2019 г., 5 марта, 24 сентября 2020 г.)

147. Ляшковская С.В., Караваева Т.А. Организационные аспекты деятельности врачей-психотерапевтов и клинических психологов, занятых в оказании психотерапевтической помощи// Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / сост. Н. В. Семенова, под общ.ред. Н. Г. Незнанова. Выпуск 5. — СПб.: Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2022.— С. 434-455

148. Enkelmann R. 1991. Alprazolam versus buspirone in the treatment of outpatients with generalized anxiety disorder. // Psychopharmacology (Berl) 105:428-32.

149. Lydiard RB, Ballenger JC, Rickels K. 1997. A double-blind evaluation of the safety and efficacy of abecarnil, alprazolam, and placebo in outpatients with generalized anxiety disorder. Abecarnil Work Group. // J Clin Psychiatry 58 Suppl 11:11-8.

150. Moller HJ, Volz HP, Reimann IW, Stoll KD. 2001. Opipramol for the treatment of generalized anxiety disorder: a placebo-controlled trial including an alprazolam-treated group. J Clin Psychopharmacol 21:59-65.

151. Power KG, Jerrom DWA, Simpson RJ, Mitchell MJ, Swanson V. 1989. A controlled comparison of cognitive behavior therapy, diazepam and placebo in the management of generalized anxiety. // Behav Psychother 17:1-14.

152. Rickels K, Schweizer E, DeMartinis N, Mandos L, Mercer C. 1997. Gepirone and diazepam in generalized anxiety disorder: a placebo-controlled trial. // J Clin Psychopharmacol 17:272-7.

153. Ansseau M, Olie JP, von Frenckell R, Jourdain G, Stehle B, Guillet P. 1991. Controlled comparison of the efficacy and safety of four doses of suriclone, diazepam, and placebo in generalized anxiety disorder. // Psychopharmacology (Berl) 104:439-43.

154. Boyer WF, Feighner JP. 1993. A placebo-controlled double-blind multicenter trial of two doses of ipsapirone versus diazepam in generalized anxiety disorder. // Int Clin Psychopharmacol 8:173-6.

155. Fontaine R, Mercier P, Beaudry P, Annable L, Chouinard G. 1986. Bromazepam and lorazepam in generalized anxiety: a placebo-controlled study with measurement of drug plasma concentrations. // Acta Psychiatr Scand 74:45 1-8.

156. Rickels K, Shiovitz TM, Ramey TS, Weaver JJ, Knapp LE, Miceli JJ. 2012. Adjunctive therapy with pregabalin in generalized anxiety disorder patients with partial response to SSRI or SNRI treatment. // Int Clin Psychopharmacol 27:142-50.

157. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система) / под ред. А.Г. Чучалина, выпуск III, - Москва, 2002.

158. Bandelow B, Chouinard G, Bobes J, Ahokas A, Eggens I, Liu S, Eriksson H. 2010. Extended-release quetiapine fumarate (quetiapine XR): a once-daily monotherapy effective in generalized anxiety disorder. Data from a randomized, double-blind, placebo- and active-controlled study. // Int J Neuropsychopharmacol 13:305-20.

159. Khan A, Joyce M, Atkinson S, Eggens I, Baldytcheva I, Eriksson H. 2011. A randomized, double-blind study of once-daily extended release quetiapine fumarate (quetiapine XR) monotherapy in patients with generalized anxiety disorder.// J Clin Psychopharmacol 31:418-28.

160. Katzman MA, Brawman-Mintzer O, Reyes EB, Olausson B, Liu S, Eriksson H. 2011. Extended release quetiapine fumarate (quetiapine XR) monotherapy as maintenance treatment for generalized anxiety disorder: a long-term, randomized, placebo-controlled trial. // Int Clin Psychopharmacol 26:11-24.

161. Merideth C, Cutler AJ, She F, Eriksson H. 2012. Efficacy and tolerability of extended release quetiapine fumarate monotherapy in the acute treatment of generalized anxiety disorder: a randomized, placebo controlled and active-controlled study. // Int Clin Psychopharmacol 27:4054.

162. Mezhebovsky I, Magi K, She F, Datto C, Eriksson H. 2013. Double-blind, randomized study of extended release quetiapine fumarate (quetiapine XR) monotherapy in older patients with generalized anxiety disorder. // Int J Geriatr Psychiatry 28:615-25.

163. Ferreri M, Hantouche EG, Billardon M. 1994. Interet de l'hydroxyzine dans le trouble anxidtd gdneralisde: etude controle en double aveugle versus placebo. // Encdphale 20:785-91.

164. Darcis T, Ferreri M, Natens J, Burtin B, Deram P. 1995. A multicentre double-blind placebo-controlled study investigating the anxiolytic efficacy of hydroxyzine in patients with

generalized anxiety. // Hum Psychopharmacol 10:181-187.

165. Llorca PM, Spadone C, Sol O, et al. 2002. Efficacy and safety of hydroxyzine in the treatment of generalized anxiety disorder: a 3-month double-blind study. // J Clin Psychiatry 63:1020-7.

166. Feighner JP, Merideth CH, Hendrickson GA. 1982. A double-blind comparison of buspirone and diazepam in outpatients with generalized anxiety disorder. // J Clin Psychiatry 43:103-8.

167. Laakmann G, Schule C, Lorkowski G, Baghai T, Kuhn K, Ehrentraut S. 1998. Buspirone and lorazepam in the treatment of generalized anxiety disorder in outpatients. // Psychopharmacology (Berl) 136:357-66.

168. Sramek JJ, Tansman M, Suri A, Hornig-Rohan M, Amsterdam JD, Stahl SM, Weisler RH, Cutler NR. 1996. Efficacy of buspirone in generalized anxiety disorder with coexisting mild depressive symptoms. // J Clin Psychiatry 57:287-91 .

169. Ivashchenko AA, Morozova MA, Vostokova NV et al. Safety and efficacy of aviandr in patients with generalized anxiety disorder: A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-finding, pilot study. // J Psychiatr Res. 2021 Nov;143:436-444. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.10.008.

170. Ivachtchenko AV, Lavrovsky Y, Okun I. AVN-101: A Multi-Target Drug Candidate for the Treatment of CNS Disorders. // J Alzheimers Dis. 2016 May 25;53(2):583-620. doi: 10.3233/JAD-151146.

171. Pandina GJ, Canuso CM, Turkoz I, Kujawa M, Mahmoud RA. 2007. Adjunctive risperidone in the treatment of generalized anxiety disorder: a double-blind, prospective, placebo-controlled, randomized trial. // Psychopharmacol Bull 40:41-57.

172. Aliyev NA, Aliyev ZN. 2008. Valproate (depakine-chrono) in the acute treatment of outpatients with generalized anxiety disorder without psychiatric comorbidity: Randomized, double-blind placebo-controlled study. // European Psychiatry 23:109-114.

173. Bidzan L, Mahableshwarkar AR, Jacobsen P, Yan M, Sheehan DV. 2012. Vortioxetine (Lu AA21004) in generalized anxiety disorder: results of an 8-week, multinational, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. // Eur Neuropsychopharmacol 22:847-57.

174. Baldwin DS, Loft H, Florea I. 2012. Lu AA21004, a multimodal psychotropic agent, in the prevention of relapse in adult patients with generalized anxiety disorder. Int Clin Psychopharmacol 27:197-207.

175. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Dew MA, Miller MD, Pollock BG, Houck P, Tracey B, Reynolds CF, 3rd. 2005. Efficacy and tolerability of citalopram in the treatment of late-life anxiety disorders: results from an 8-week randomized, placebo-controlled trial. //Am J

Psychiatry 162:146-50.

176. Davidson J, Yaryura-Tobias J, DuPont R, Stallings L, Barbato LM, van der Hoop RG, Li D. 2004. Fluvoxamine-controlled release formulation for the treatment of generalized social anxiety disorder. //J Clin Psychopharmacol 24:118-25.

177. Satoshi A, Tajima O, Koyama T. Fluvoxamine treatment of generalized social anxiety disorder in Japan: a randomized double-blind, placebo-controlled study. //International journal of Neuropsychopharmacology 10.2 (2007): 263-274

178. Салахова А.И., Ягубов М.И. Сексуальная дисфункция при применении антидепрессантов у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами (алгоритм ведения и коррекции) // Современная терапия психических расстройств. — 2024. — No 2. — С. 56-67. — DOI: 10.21265/PSYPH.2024.31.31.006

179. Henssler J, Heinz A, Brandt L, Bschor T. Antidepressant Withdrawal and Rebound Phenomena. Dtsch Arztebl Int. 2019;116(20):355-361.

180. Tint A., Haddad P.M., Anderson I.M. The effect of rate of antidepressant tapering on the incidence of discontinuation symptoms: a randomised study. J Psychopharmacol 2008; 22: 330-332.

181. Schatzberg AF, Blier P, Delgado PL, Fava M, Haddad PM, Shelton RC. Antidepressant discontinuation syndrome: consensus panel recommendations for clinical management and additional research. J Clin Psychiatry. 2006;67 Suppl 4:27-30.

182. Хасанова А. К., Мосолов С. Н. Синдромом отмены приема антидепрессантов (алгоритм профилактики и коррекции) // Современная терапия психических расстройств. - 2023. - No 2. - С. 37-47. - DOI: 10.21265/PSYPH.2023.15.79.005

183. Warner C.H., Bobo W., Warner C. et al. Antidepressant discontinuation syndrome // American Family Physician. - 2006. - Vol. 74 (3). - Pp. 449-456.

184. Orvati Aziz M, Mehrinejad SA, Hashemian K, Paivastegar M. Integrative therapy (short-term psychodynamic psychotherapy & cognitive-behavioral therapy) and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. Complement Ther Clin Pract. 2020;39:101122. doi: 10.1016/j.ctcp.2020.101122.

185. Nordahl HM, Borkovec TD, Hagen R, Kennair LEO, Hjemdal O, Solem S, Hansen B, Haseth S, Wells A. Metacognitive therapy versus cognitive-behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder. BJPsych Open. 2018 Sep 11;4(5):393-400. doi: 10.1192/bjo.2018.54. PMID: 30294448; PMCID: PMC6171331.

186. Sadeghi R, Mokhber N, Mahmoudi LZ, Asgharipour N, Seyfi H. A systematic review and meta-analysis on controlled treatment trials of metacognitive therapy for anxiety disorders. J Res Med Sci. 2015 Sep;20(9):901-9. doi: 10.4103/1735-1995.170632. PMID: 26759579; PMCID: PMC4696377.

187. Rawat A, Sangroula N, Khan A, Faisal S, Chand A, Yousaf RA, Muhammad N, Yousaf H. Comparison of Metacognitive Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Control Trials. Cureus. 2023 May 20;15(5):e39252. doi: 10.7759/cureus.39252. PMID: 37342751; PMCID: PMC10277900.

188. Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80(5), 750-765. https://doi.org/10.1037/a0028310

189. Ruiz, F. J., Pena-Vargas, A., Ramirez, E. S., Suarez-Falcon, J. C., Garcia-Martin, M. B., Garcia-Beltran, D. M., Henao, A. M., Monroy-Cifuentes, A., & Sanchez, P. D. (2020). Efficacy of a two-session repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy (ACT) protocol for depression and generalized anxiety disorder: A randomized waitlist control trial. Psychotherapy, 57(3), 444-456. https://doi.org/10.1037/pst0000273

190. Hoge EA, Bui E, Palitz SA, Schwarz NR, Owens ME, Johnston JM, Pollack MH, Simon NM. The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. Psychiatry Res. 2018 Apr;262:328-332. doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.006.

191. Hoge EA, Bui E, Marques L, Metcalf CA, Morris LK, Robinaugh DJ, Worthington JJ, Pollack MH, Simon NM. Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. J Clin Psychiatry. 2013 Aug;74(8):786-92. doi: 10.4088/JCP.12m08083.

192. Winklerfelt Hammarberg S, Toth-Pal E, Jansson-Frojmark M, Lundgren T, Westman J, Bohman B. Intolerance-of-uncertainty therapy versus metacognitive therapy for generalized anxiety disorder in primary health care: A randomized controlled pilot trial. PLoS One. 2023 Jun 14;18(6):e0287171. doi: 10.1371/journal.pone.0287171.

193. Hui C, Zhihui Y. Group cognitive behavioral therapy targeting intolerance of uncertainty: a randomized trial for older Chinese adults with generalized anxiety disorder. Aging Ment Health. 2017 Dec;21(12):1294-1302. doi: 10.1080/13607863.2016.1222349.

194. Wilson EJ, Abbott MJ, Norton AR. The impact of psychological treatment on intolerance of uncertainty in generalized anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. J Anxiety Disord. 2023 Jun;97:102729. doi: 10.1016/j.janxdis.2023.102729.

195. Dugas MJ, Ladouceur R. Treatment of GAD. Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. Behav Modif. 2000;24(5):635-57. doi: 10.1177/0145445500245002

196. Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M. R., & Christensen, H. (2013). Smartphones for smarter delivery of mental health programs: A systematic review. Journal of Medical Internet Research, 15, e247.

197. Lindner, P., Miloff, A., Hamilton, W., Reuterskiold, L., Andersson, G., Powers, M., &Carlbring, P. (2017). Creating state of the art, next-generation virtual reality exposure therapies for anxiety disorders using consumer hardware platforms: Design considerations and future direction. Cognitive Behaviour Therapy, 46, 404-420.

198. Miller, C. B., Gu, J., Henry, A. L., Davis, M. L., Espie, C. A., Stott, R., Heinz, A. J., Bentley, K. H., Goodwin, G. M., Gorman, B. S., Craske, M. G., & Carl, J. R. (2021). Feasibility and efficacy of a digital CBT intervention for symptoms of generalized anxiety disorder: A randomized multiple-baseline study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 70,101609. https://doi.org/10.1016Zi.jbtep.2020.101609

199. Eilert N, Enrique A, Wogan R, Mooney O, Timulak L, Richards D. The effectiveness of Internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: An updated systematic review and meta-analysis. Depress Anxiety. 2021 Feb;38(2):196-219. doi: 10.1002/da.23115

200. Berryhill, M. B., Halli-Tierney, A., Culmer, N., Williams, N., Betancourt, A., King, M., & Ruggles, H. (2019). Videoconferencing psychological therapy and anxiety: A systematic review. Family Practice, 36(1), 53-63. https://doi.org/10.1093/fampra/cmy072

201. Trenoska Basile V, Newton-John T, Wootton BM. Remote cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. J Clin Psychol. 2022 Dec;78(12):2381-2395. doi: 10.1002/jclp.23360. Epub 2022 Apr 11. PMID: 35403706; PMCID: PMC9790363.

202. Christensen, H., Griffiths, K. M., & Farrer, L. (2009). Adherence in internet interventions for anxiety and depression. Journal of Medical Internet Research, 11(2), e13. https://doi.org/10.2196/jmir.1194

203. Brenes GA, Danhauer SC, Lyles MF, Hogan PE, Miller ME. Telephone-Delivered Cognitive Behavioral Therapy and Telephone-Delivered Nondirective Supportive Therapy for Rural Older Adults With Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2015 Oct;72(10):1012-20. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1154

204. Brenes GA, Danhauer SC, Lyles MF, Anderson A, Miller ME. Long-Term Effects of Telephone-Delivered Psychotherapy for Late-Life GAD. Am J Geriatr Psychiatry. 2017 Nov;25(11):1249-1257. doi: 10.1016/j.jagp.2017.05.013

205. Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD004687. doi: 10.1002/14651858.CD004687.pub3. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jul 01;(7):CD004687. doi: 10.1002/14651858.CD004687.pub4

206. Salzer S, Winkelbach C, Leweke F, Leibing E, Leichsenring F. Long-term effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioural therapy in generalized anxiety disorder: 12-month follow-up. Can J Psychiatry. 2011 Aug;56(8):503-8. doi:

10.1177/070674371105600809

207. Leichsenring F, Salzer S, Jaeger U, Kachele H, Kreische R, Leweke F, Ruger U, Winkelbach C, Leibing E. Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. Am J Psychiatry. 2009 Aug;166(8):875-81. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09030441

208. Andersson G, Paxling B, Roch-Norlund P, Ostman G, Norgren A, Almlov J, Geordn L, Breitholtz E, Dahlin M, Cuijpers P, Carlbring P, Silverberg F. Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. Psychother Psychosom. 2012;81(6):344-55. doi: 10.1159/000339371. Epub 2012 Sep 6. PMID: 22964540.

209. Васильева А. В., Караваева Т. А., Колесова Ю. П., Радионов Д. С., Старунская Д. А., Фомичева М. А., Абдуллаева С. М. Оценка эффективности комплексной медико - психологической методики лечения пациентов с инсомнией. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. - 2023. - Т.57, №.4. - С. 30-41. doi:10.31363/2313-7053-2023-773

210. Khurshid KA. Comorbid Insomnia and Psychiatric Disorders: An Update. Innov Clin Neurosci. 2018 Apr 1;15(3-4):28-32

211. Khan IW, Juyal R, Shikha D, Gupta R. Generalized Anxiety disorder but not depression is associated with insomnia: a population based study. Sleep Sci. 2018 May-Jun;11(3):166-173. doi: 10.5935/1984-0063.20180031

212. Diefenbach G. J., Bragdon L.B., Zertuche L. et al. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Generalised Anxiety Disorder: A Pilot Randomised, Double-Blind, Sham-Controlled Trial // British Journal of Psychiatry.— 2016.— Vol. 209.— No 3.— P. 222-228.

213. Dilkov D., Hawken E. R., Kaludiev E., Milev R. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation of the Right Dorsal Lateral Prefrontal Cortex in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Double-Blind Sham Controlled Clinical Trial // Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry.— 2017.— Vol. 78.— P. 61-65.

214. Tolin DF, Davies CD, Moskow DM, Hofmann SG. Biofeedback and Neurofeedback for Anxiety Disorders: A Quantitative and Qualitative Systematic Review. // Adv Exp Med Biol. 2020;1191:265-289. doi: 10.1007/978-981-32-9705-0

215. Rice KM, Blanchard EB, Purcell M. Biofeedback treatments of generalized anxiety disorder: preliminary results. // Biofeedback Self Regul. 1993 Jun;18(2):93-105. doi: 10.1007/BF01848110.

216. Zafeiri E, Dedes V, Tzirogiannis K, et al. Managing anxiety disorders with the neuro-biofeedback method of Brain Boy Universal Professional. // Health Psychology Research. 2022;10(2). doi:10.52965/001c.35644

217. Sandhu JS., Maman P, Hitanshu A. Biofeedback Approach in The Treatment of Generalized Anxiety Disorder.// Iranian Journal of Psychiatry 2 (2007): 90-95.

218. Zhang W, Du Y, Yang X, Wang E, Fang J, Liu Z, Wu S, Liu Q, Hu Y. Comparative efficacy of face-to-face and internet-based cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: A meta-analysis of randomized controlled trial. Front Psychiatry. 2022 Jul 28;13:832167. doi: 10.3389/fpsyt.2022.832167

219. Wilson EJ, Abbott MJ, Norton AR. The impact of psychological treatment on intolerance of uncertainty in generalized anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. J Anxiety Disord. 2023 Jun;97:102729. doi: 10.1016/j.janxdis.2023.102729. Epub 2023 May 20. PMID: 37271039.

220. Zainal NH, Newman MG. A randomized controlled trial of a 14-day mindfulness ecological momentary intervention (MEMI) for generalized anxiety disorder. Eur Psychiatry. 2023 Jan 16;66(1):e12. doi: 10.1192/j.eurpsy.2023.2. PMID: 36645098; PMCID: PMC9970156.

221. Fonseca NKOD, Costa MA, Gosmann NP, Dalle Molle R, Goncalves FG, Silva AC, Rodrigues Y, Silveira PP, Manfro GG. Emotional eating in women with generalized anxiety disorder. Trends Psychiatry Psychother. 2023;45:e20210399. doi: 10.47626/2237-6089-2021-0399

222. Strawn JR, Geracioti L, Rajdev N, Clemenza K, Levine A. Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adult and pediatric patients: an evidence-based treatment review. Expert Opin Pharmacother. 2018 Jul;19(10):1057-1070. doi: 10.1080/14656566.2018.1491966. PMID: 30056792; PMCID: PMC6340395.

223. Garakani A, Murrough JW, Freire RC, Thom RP, Larkin K, Buono FD, Iosifescu DV. Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. Front Psychiatry. 2020 Dec 23;1 1:595584. doi: 10.3389/fpsyt.2020.595584. PMID: 33424664; PMCID: PMC7786299.

224. Костюкова Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство: основы диагностики, терапии и специфические для России проблемы // Современная терапия психических расстройств. — 2024. — No 2. — С. 23-31. — DOI: 10.21265/PSYPH.2024.31.31.003

225. Bystritsky A., Kerwin L.E., Feusner J.D. A preliminary study of fMRI-guided rTMS in the treatment of generalized anxiety disorder: 6-month follow-up // Journal of Clinical Psychiatry.— 2009.— No 70.— P. 431-432.

226. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Масленников Н.В. Применение транскраниальной магнитной стимуляции в психиатрии. /под ред. С.Н. Мосолова / - Иваново: Нейрософт, 2023, 576 с.

227. Henssler J, Heinz A, Brandt L, Bschor T. Antidepressant Withdrawal and Rebound Phenomena. // Dtsch Arztebl Int. 2019;116(20):355-361.

228. Бабюк И.А., Шульц О.Е. Исследование эффективности афобазола для лечения больных с генерализованным тревожным расстройством. // Психиатр. и психофармакотер. им. П.Б. Ганнушкина. 2014, т.16, №3, с.58 .

229. Сюняков Т.С., Дорофеева О.А., Середенин С.Б. Результаты сравнительного исследования терапевтической эквивалентности фабомотизола в лекарственной форме с немедленным и замедленным высвобождением. // Психиатрия и психофармакотерапия. 2021; 1: 4–10..

230. Чахава В.О., Борукаев Р.Р. Эффективность Афобазола при генерализованном тревожном расстройстве в условиях длительной терапии // Медицинские новости. -2011.- №1.- 15-21

231. Психотерапия: национальное руководство / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. 992 с.

232. Ляшковская С.В., Караваева Т.А., Кондинский А.Г. Совершенствование оказания медико-психологической и психотерапевтической помощи в амбулаторных условиях Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / сост. Н. В. Семенова, под общ. ред. Н. Г. Незнанова. Выпуск 6. — СПб.: Издательско- поли графическая компания «КОСТА», 2023. — С. 5-32.

233. Лепилкина Т.А., Бениашвили А.Г., Стародубова А.В., с соавт. Виртуальная реальность для релаксации: типология и факторы эффективности // Современная терапия психических расстройств. — 2024. — No 1. — С. 32–42. — DOI: 10.21265/PSYPH.2024.27.29.004.

234. Караваева Т.А., Васильева А.В., Исурина Г.Л., Александров А.А. Персонализированный подход в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии: мишени и стратегии: методические рекомендации // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / сост. Н.В. Семенова, под общ. ред. Н.Г. Незнанова. – Вып. 4-й. – СПб.: ИПК «КОСТА», 2021. – С. 169-203

235. Инструкция по применению алимемазина. https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=a7a28289-17b6-4d64-a588-3aa73dc0a986

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Васильева Анна Владимировна - доктор медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ, член Российской психотерапевтической ассоциации, член Российского общества психиатров.
2. Зинченко Юрий Петрович - доктор психологических наук, главный внештатный специалист по медицинской психологии Минздрава России, декан факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, директор Психологического института Российской академии образования, профессор, академик РАО, президент Российского общества психологов.
3. Исаева Елена Рудольфовна -доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, главный внештатный специалист по медицинской психологии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, член Российского общества психиатров
4. Караваева Татьяна Артуровна - доктор медицинских наук, доцент, руководитель Федерального консультационно-методического центра по психотерапии Минздрава России, руководитель, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «СПбГУ», профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), руководитель рабочей группы по подготовки клинических рекомендаций «Генерализованное тревожное расстройство», член Российского общества психиатров
5. Мизинова Елена Борисовна - кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ, член Российской психотерапевтической ассоциации, член Российского общества психиатров.
6. Мосолов Сергей Николаевич - доктор медицинских наук, профессор, заслуженный

деятель науки РФ, заведующий отделом терапии психических заболевании Московского НИИ Психиатрии - Филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава РФ, заведующий кафедрой психиатрии ФГОБУ «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, член Исполкома Российского общества психиатров.

7. Пономаренко Геннадий Николаевич — член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, профессор доктор медицинских наук, генеральный директор ФГБУ «Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации им.Г.А.Альбрехта» Минтруда России, заведующий кафедрой физической и реабилитационной медицины ФГБОУ ВО «СевероЗападный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава России, член Межрегионального общества физической и реабилитационной медицины.

8. Радионов Дмитрий Сергеевич - младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, член Российского общества психиатров.

9. Хасанова Айпери Кылычбековна - ассистент кафедры психиатрии РМАНПО, член Российского общества психиатров.

Конфликт интересов: отсутствует

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1.Врачи-психиатры

2. Врачи-психотерапевты

3. Медицинские психологи

4. Врачи общей практики (семейные врачи)

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД)для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований (РКИ) с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД)для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	**Расшифровка**
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 №1225н «Об утверждении стандарта первичной медико-социальной помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, генерализованном тревожном расстройстве в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)».

2. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 №1229н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, генерализованном тревожном расстройстве».

3. Рекомендуемые дозы препаратов для лечения ГТР

Таблица 1.

Препарат	Рекомендуемая доза (мг)
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	
Пароксетин **	20-40 [33,34,36]
Эсциталопрам	10-20 [33,34,36]
#Сертралин**	50-200 [47]
#Циталопрам	20-30 [47]
#Флувоксамин	150-300 [176,177]
#Флуоксетин**	20 [112]
Другие группы антидепрессантов	
#Венлафаксин	75-225 [47,109]
Дулоксетин	30-120 [47,106]
#Кломипрамин**	50-250 [45,109]
#Имипрамин**	50-200 [108]
#Миртазапин	15-45 [115]
Агомелатин	25-50[79]
#Тразодон	150-400 [108]
#Вортиоксетин	2,5-10 [81,135,136]
Производные бензодиазепина	
Алпразолам	0,5-2[148,149,150]
Диазепам**	5-20 [151,152,153,154]
Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин**	1-3 [33]
Анксиолитики	
Гидроксизин**	50-100 [33,74]
Буспирон	15-60 [73,75]
Маритупердин	40 [169,170]
#Этифоксин	150-200 [121,122]
Фабомотизол	30-60 [118,119]
Антипсихотические средства	

#Арипипразол	7,5-30 [114]
#Кветиапин**[1]	50-300[110]
#Рисперидон **	0,5-1,5 [111]
#Оланзапин**[2]	2,5-20 [112]
#Сульпирид**	50-400 [65,69,134]
#Хлорпротиксен	15-100 [65,70,71]
Алимемазин в составе комплексной терапии	20-80 [68,72,235]
Противоэпилептические препараты	
Прегабалин**	150-600 [33,34,222,223]
#Вальпроевая кислота**	1500 [172]
Примечание. 1 – дозы для #Кветиапина XR**; 2 – в сочетании с #флуоксетином** 3 – в сочетании с #оланзапином**	

4. Сравнительная клиническая эффективность и переносимость психофармакотерапии при ГТР

Препараты	Начало эффекта	Психическая тревога	Соматическая тревога	Бессонница	Депрессия	Особенности действия и предосторожности применения
Бензодиазепины	1-3 дня	+++	++++	++++	+	Возможность развития зависимости, седации, тахифилаксии и синдрома отмены. Поведенческая токсичность. Длительность курса ограничена (2-4 недели). С осторожностью у больных заболеваниями.
Антидепресанты	3-6 недель	+++	+	+	++++	Возможность обострения тревоги в первые недели терапии. Синдром отмены при приеме пароксетина. Холинолитические и адренолитические эффекты, синдром отмены при приеме имипрамина. Титрация дозы, тошнота, сексуальные дисфункции при СИОЗС. Колебания сосудистого тонуса и гепатотоксичность при СИОЗСН.
Прегабалин	5-7 дней	+++	+++	+++	+	Возможность развития зависимости, седация, головокружения, атаксия в первые дни применения, повышение веса, не метаболизируется в печени, редкие лекарственные взаимодействия.
Буспирон	3 недели	++	+	+	+	Тошнота, слабое анксиолитическое действие.
Кветиапин	1-3 дня	+++	++	++++	++	Седация в первые недели применения.
Гидроксизин	1-3 дня	++	+	++++	+	Седация, увеличение веса.
Агомелатин	2-4 недели	+++	+++	+++	+++	Контроль трансаминаз.

Примечание.

+ - слабый эффект;

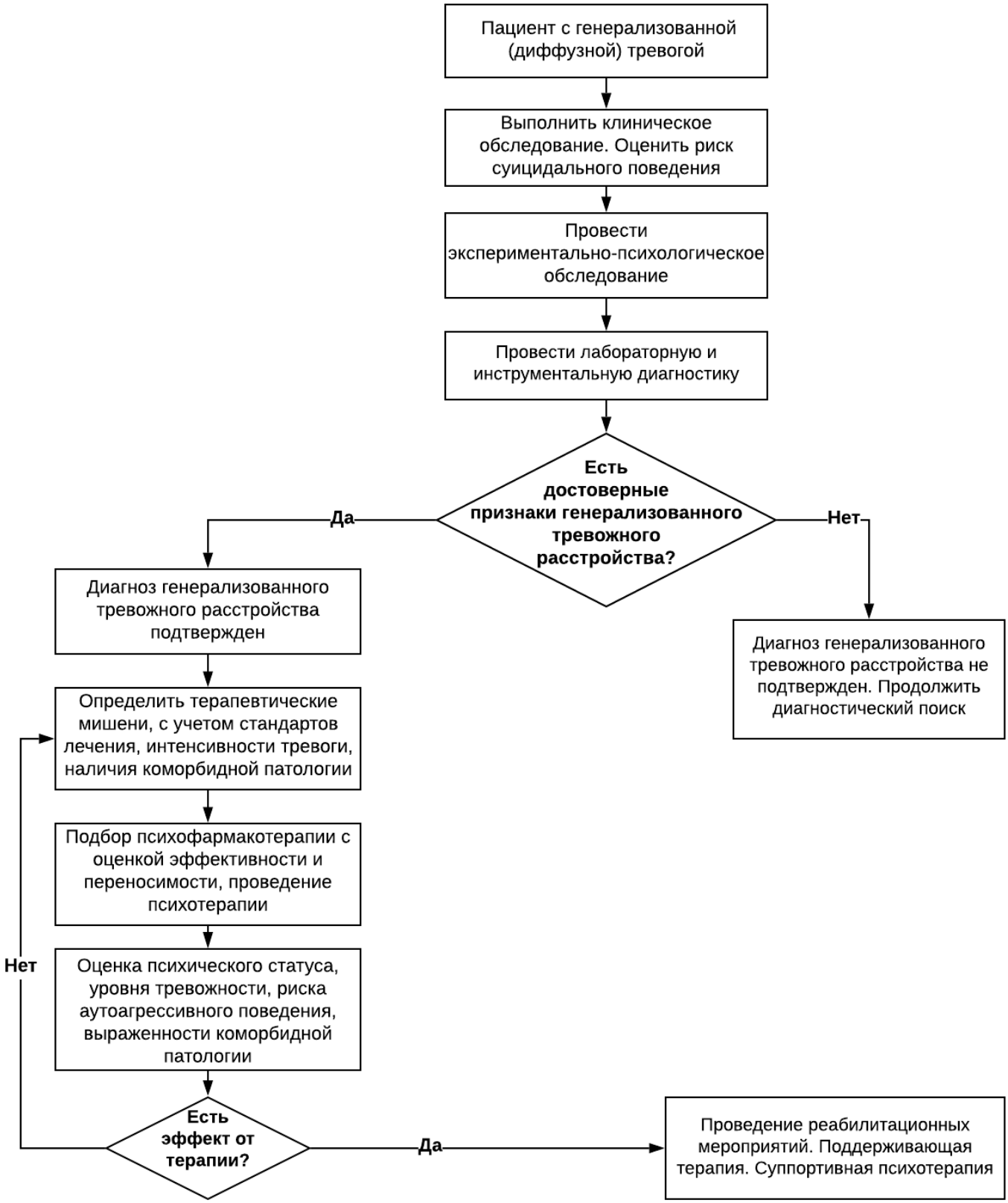
++ - умеренный эффект;

+++ - выраженный эффект;

++++ - максимальный эффект

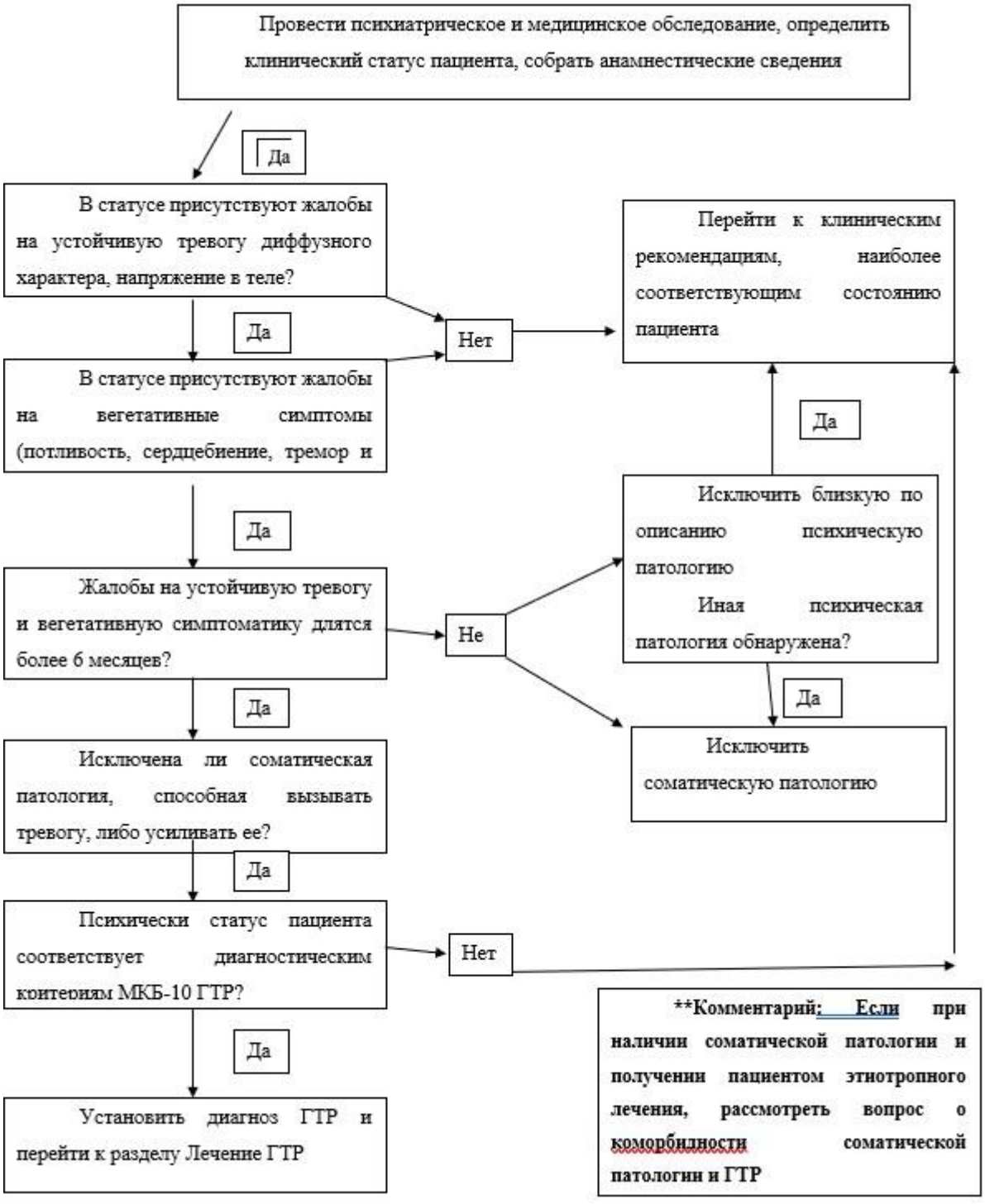
Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Алгоритмы ведения пациента с генерализованным тревожным расстройством

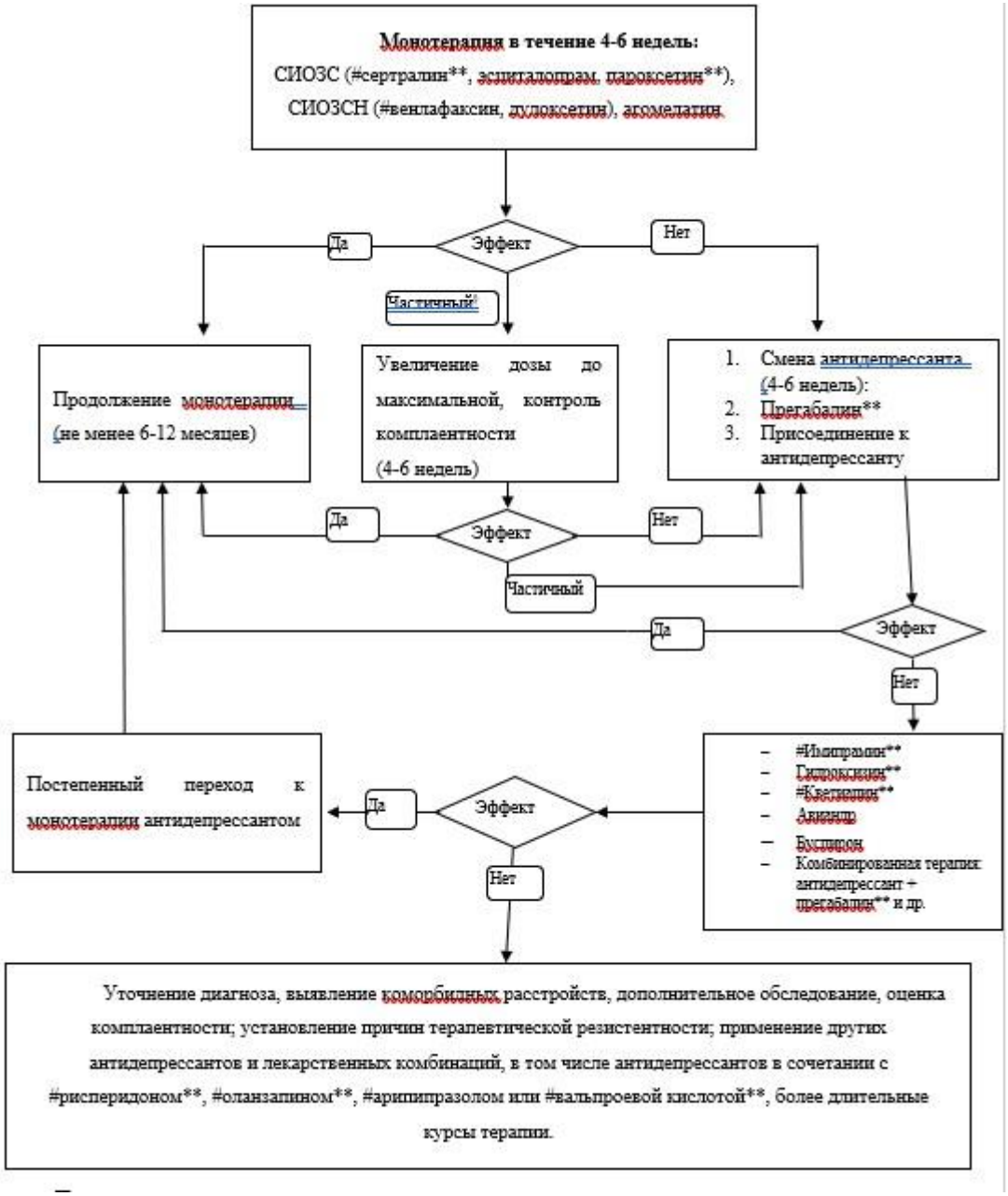


Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Алгоритм диагностики генерализованного тревожного расстройства



Приложение Б 1. Алгоритм психофармакотерапии генерализованного тревожного расстройства

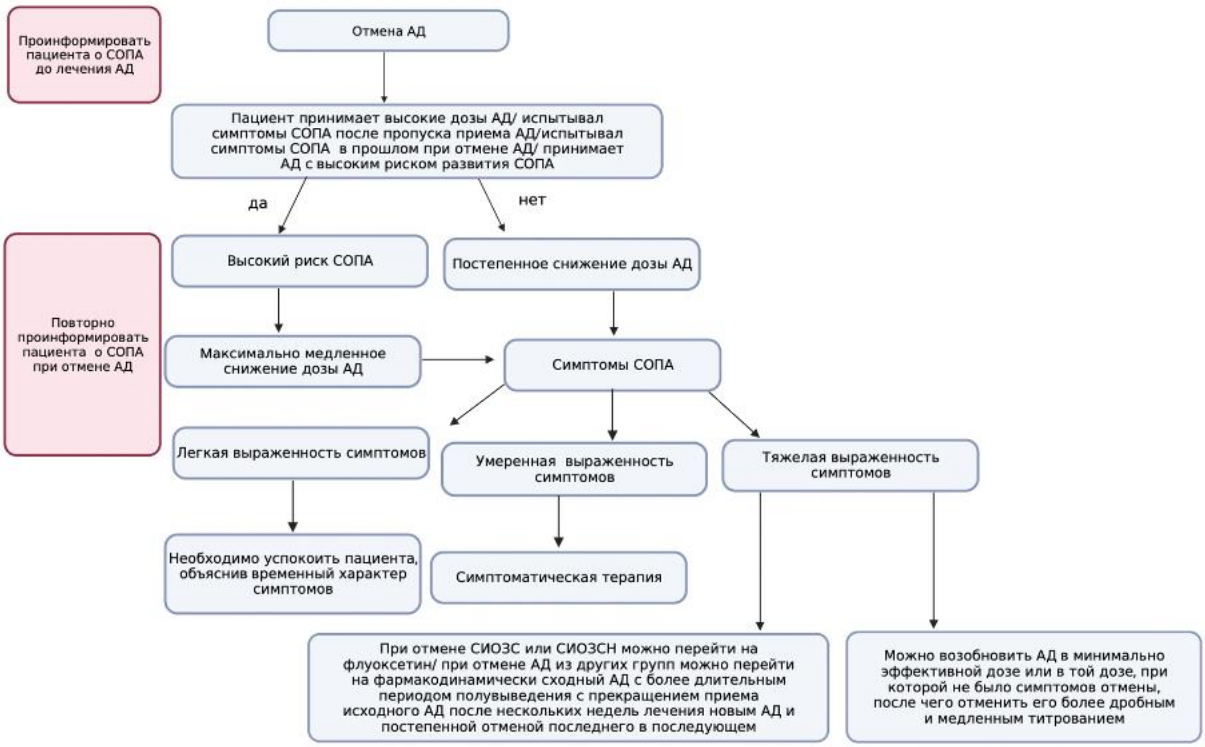


Примечания

§ Эффект антидепрессантов нередко развивается медленнее и носит прогрессивный характер, поэтому при частичном эффекте в некоторых случаях целесообразно продолжать лечение до 12 недель.

§§ Производные бензодиазепина и прегабалин следует использовать у больных без признаков злоупотребления ПАВ в анамнезе. При выраженной тревоге комбинирование антидепрессантов с производными бензодиазепина возможно в первом курсе терапии.

Приложение Б2. Алгоритм профилактики и ведения пациентов с синдромом отмены приема антидепрессантов (СОПА)



Примечание. АД – антидепрессант, СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, СИОЗСН - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, СОПА – синдром отмены приема антидепрессантов

В случае принятия решения о прекращении длительной терапии антидепрессантами, постепенное снижение дозы антидепрессанта является наиболее предпочтительным, а при высоком риске синдрома отмены приема антидепрессантов (СОПА) желательно максимально медленное снижение дозы, при этом нет единых рекомендаций по продолжительности периода постепенного снижения и минимальной дозе, до которой следует сократить прием антидепрессанта перед прекращением его приема. Если не удалось избежать СОПА, при его легкой выраженности медикаментозная терапия не показана, и достаточно проинформировать пациента о временном характере симптомов. При умеренной выраженности СОПА необходимо проведение симптоматической терапии. При тяжелой выраженности симптомов при отмене антидепрессанта или значительном снижении его дозы можно воспользоваться следующими опциями, которые равноценны между собой, то есть не имеют определенной последовательности их применения: 1) возобновить антидепрессанта в минимально эффективной дозе или в той дозе, при которой не было симптомов отмены, после чего отменить его более дробным и медленным

титрованием; 2) при отмене антидепрессанта из группы СИОЗС или СИОЗСН можно перейти на флуоксетин с прекращением приема исходного АД после нескольких недель лечения флуоксетином и постепенной отменой последнего в последующем, при отмене антидепрессанта из других групп можно перейти на фармакологически сходный антидепрессант с более длительным периодом полувыведения и в дальнейшем постепенно отменить оба антидепрессанта как в случае с переходом на флуоксетин.

Приложение В. Информация для пациента

Что такое тревожные расстройства?

Тревожные расстройства – это группа заболеваний нервной системы, основным проявлением которых является стойкое чувство тревоги, возникающие по несущественным причинам или в отсутствие всяких причин. Одним из них является ГТР (Генерализованное тревожное расстройство)

Каковы основные симптомы тревожных расстройств?

Необоснованное чувство тревоги, затруднение дыхания, головокружения, страх смерти или неминуемой катастрофы, боль в груди или в животе, чувство «кома в горле» и пр. Для ГТР характерно постоянное чувство тревоги и напряжения, не связанное с жизненными обстоятельствами, трудностями, сложными жизненными ситуациями, стрессами.

Диагностика тревожных расстройств.

Обычно диагноз тревожного расстройства устанавливается после исключения всех болезней, при которых могут наблюдаться похожие симптомы. Диагностикой и лечение тревожных расстройств и панических атак занимается врач-психотерапевт, психиатр.

Предварительный диагноз может поставить врач общей практики, врач-невропатолог.

Лечение тревожных состояний.

Лечение тревожных расстройств включает психотерапию и назначение лекарственных препаратов, снижающих чувство тревоги.

Психотерапия включает различные методики, помогающие больному с тревожным расстройством правильно оценивать ситуацию, достигать расслабления во время приступа тревоги. Психотерапия может проводиться индивидуально или в небольших группах. Обучение правилам поведения в различных ситуациях помогает чувствовать уверенность в своих силах справиться со стрессовыми ситуациями.

Лекарственное лечение тревожных расстройств включает применение различных средств, воздействующих на тревогу. Лекарства, которые снижают чувство тревоги, называют

анксиолитиками (успокоительные средства). Медикаментозное лечение – назначение, коррекция терапии, отмена препаратов осуществляется только врачом-специалистом.

Дополнительная информация

Помимо профессиональной помощи, в терапии и профилактике ГТР существенную роль играет образ жизни человека.

В первую очередь для достижения положительного результата в лечении, крайне важно придерживаться выбранного плана лечения. Это может вызывать сложности, но в итоге терапия поможет вернуться к нормальной жизни без постоянной тревоги.

Рекомендуется не злоупотреблять алкоголем, кофеином в больших дозах, никотином и психоактивными веществами. Все вышеперечисленное способствует формированию повышенного уровня тревоги.

Многим пациентам помогают техники релаксации (йога, глубокое дыхание, мышечное расслабление и другие). Физическая активность также может помочь улучшить настроение и усилить положительные эффекты лечения.

Соблюдение режима дня, а именно нормализация ночного сна положительно сказывается на психическом самочувствии и позволит снизить вероятность развития хронической тревожности.

Приложение Г1-Г16. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1. Шкала М. Гамильтона для оценки тревоги

Название на русском языке: Шкала М. Гамильтона для оценки тревоги

Оригинальное название: The Hamilton Anxiety Rating Scale – (HARS) (Hamilton M., 1959).

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. BrJMedPsychol. 1959; 32: 50-55.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить):

Назначение: Шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS)является клинической рейтинговой шкалой.

Шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS) предназначена для оценки состояния пациентов с уже установленным диагнозом тревожного расстройства и для оценки тревоги у пациентов, страдающих другими расстройствами, чаще всего депрессивными.

Шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS) предназначена для специалистов здравоохранения – врачей общей практики, семейных врачей, психиатров и т.д. Заполнение шкалы происходит в процессе полуструктурированного интервью, во время которого специалист в том числе собирает анамнестические сведения и наблюдает за поведением и другими невербальными проявлениями исследуемых психопатологических феноменов. Не следует предъявлять шкалу пациенту и задавать ему прямые вопросы.

HARS состоит из 14 пунктов, каждый из которых оценивается по шкале Ликкена. 13 пунктов относятся к проявлениям тревоги в повседневной жизни. 14-ый – к проявлению тревоги при осмотре. Варианты ответов стандартизированы: каждый пункт может внести равное количество баллов в значение шкалы, и нет необходимости прописывать отдельные варианты ответов для каждого пункта, что значительно упрощает понимание шкалы и процедуру подсчёта.

Обследование занимает 20-30 минут, в течение которых экспериментатор выслушивает ответ испытуемого по теме вопроса и оценивает его по пятибалльной шкале.

Содержание (шаблон):

1. Тревожное настроение (озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

2. Напряжение (ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

3. Страхи (боязнь темноты, незнакомых людей, животных, транспорта, толпы, страх оставаться одному).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

4. Инсомния (затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха сон с чувством разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сновидения).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

5. Интеллектуальные нарушения (затрудненная концентрация внимания, ухудшение памяти).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

6. Депрессивное настроение (утрата привычных интересов, утрата чувства удовольствия от хобби, подавленность, ранние пробуждения, суточные колебания состояния).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

7. Соматические симптомы (боли, мышечные подергивания, напряжение, миоклонические судороги, «скрипение» зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

8. Соматические симптомы (сенсорные — звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара или холода, ощущение слабости, ощущение покалывания).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

9. Сердечно-сосудистые симптомы (тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, чувство слабости, частые вздохи, диспноэ).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

10. Респираторные симптомы (чувство давления или сжатия грудной клетки, ощущение удушья, частые вздохи, диспноэ).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

11. Гастроинтестиальные симптомы (затрудненное глотание, метеоризм, боль в животе, изжога, чувство переполнения желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диарея, снижение веса тела, запоры).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

12. Мочеполовые симптомы (учащенное мочеиспускание, сильные позывы на мочеиспускание, аменорея, меноррагия, фригидность, преждевременная эякуляция, утрата либидо, импотенция).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

13. Вегетативные симптомы (сухость во рту, покраснение кожных покровов, бледность кожных покровов, повышенное потоотделение, головные боли с чувством напряжения).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

14. Поведение при осмотре (ерзанье на месте, беспокойная жестикуляция или походка, тремор рук, нахмуривание бровей, напряженное выражение лица, вздохи или учащенное дыхание, бледность лица, частое сглатывание слюны и т.д.).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

Ключ (интерпретация)

Для получения общего балла, отражающего уровень тяжести тревожного расстройства, необходимо сложить баллы по всем пунктам.

Кроме того, первые шесть пунктов могут быть оценены отдельно как проявления тревоги в сфере психики, а остальные восемь – как проявления тревоги в соматической сфере.

0-7 баллов – отсутствие тревоги.

8-17 баллов – наличие симптомов тревожного расстройства.

18-24 балла –средняя выраженность тревожного расстройства.

25-56 балов – тяжелая степень выраженности тревожного расстройства.

Таким образом, сумма баллов в результате оценки лиц, не страдающих тревогой, близка к нулю. Максимально возможный общий балл – 56 отражает крайнюю степень выраженности тревожного состояния.

Дополнительно по степени выраженности отдельных симптомов тревоги, оценивается ведущая симптоматика:

1. Тревожное настроение – озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность.

2. Напряжение –ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться.

3. Страхи – боязнь темноты, незнакомых людей, животных, транспорта, толпы, страх оставаться одному.

4. Инсомния– затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха сон с чувством разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сновидения.

5. Интеллектуальные нарушения – затруднения концентрации внимания, ухудшение памяти.

6. Депрессивное настроение –утрата привычных интересов, утрата чувства удовольствия от хобби, подавленность, ранние пробуждения, суточные колебания состояния.

7. Соматические симптомы (мышечные) –боли, мышечные подергивания, напряжение, миоклонические судороги, «скрипение» зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус.

8. Соматические симптомы (сенсорные) –звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара или холода, ощущение слабости, ощущение покалывания.

9. Сердечно-сосудистые симптомы – тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, чувство слабости, частые вздохи, диспноэ.

10. Респираторные симптомы – чувство давления или сжатия грудной клетки, ощущение удушья, частые вздохи, диспноэ.

11. Гастроинтестинальные симптомы – затрудненное глотание, метеоризм, боль в животе, чувство перенаполнения желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диаррея, снижение веса тела, запоры.

12. Мочеполовые симптомы – учащенное мочеиспускание, сильные позывы на мочеиспускание, аменорея, меноррагия, фригидность, преждевременная эякуляция, утрата либидо, импотенция.

13. Вегетативные симптомы – сухость во рту, покраснение кожных покровов, бледность кожных покровов, повышенное потоотделение, головные боли с чувством напряжения.

14. Поведение при осмотре – ерзанье на месте, беспокойная жестикуляция или походка, тремор рук, нахмуривание бровей, наряженное выражение лица, вздохи или учащенное дыхание, бледность лица, частое сглатывание слюны и т.д.

Приложение Г2. Скрининговый опросник ГТР-7

Название на русском языке: Скрининговый опросн6ик ГТР-7

Оригинальное название: GAD-7

Источник: Spitzer R.L. et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. ArchInternMed 2006;166(10):1092-7

Золотарева А.А. Адаптация русскоязычной версии шкалы генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7) // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 4. С. 31–46. DOI: 10.17759/cpp.2023310402

Тип (подчеркнуть):

- шкала

- индекс

- опросник

- другое (уточнить): _____

Назначение:

Проведение скринингового опроса для определения уровня тревожности, оценки вероятности ГТР

Содержание (шаблон):

Как часто за последние 2 недели Вас беспокоили следующие проблемы?	Никогда	Несколько дней	Более половины дней	Почти каждый день
1. Повышенная нервная возбудимость, беспокойство и раздражительность	0	1	2	3
2. Неспособность справиться с волнением	0	1	2	3
3. Чрезмерное беспокойство по разному поводу	0	1	2	3
4. Неспособность расслабиться	0	1	2	3
5. Крайняя степень беспокойства: «не могу найти себе место»	0	1	2	3
6. Легко поддаюсь чувству беспокойства или раздражительности	0	1	2	3
7. Опасение чего-то страшного	0	1	2	3

Ключ (интерпретация)

Оценивается сумма баллов по всем 7 вопросам.

Сумма баллов	Уровень тревожности
0-4	Минимальный
5-9	Умеренный
10-14	Средний
15-21	Высокий

Пояснения: Данный инструмент является скрининговым и требует дальнейшей клинической диагностики для установки диагноза ПР.

Приложение Г3. Опросник выраженности психопатологической симптоматики

Название на русском языке: Опросник выраженности психопатологической симптоматики

Оригинальное название: Symptom Check List-90-Revised, – SCL-90-R (Derogatis L.R. et. al., 1974). Derogatis L.R. The SCL-90-R // Clinical Psychometric Research. – Baltimore. – 1975.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Адаптация методики Н.В. Тарабрина Институт психологии РАН, лаборатория психологии посттравматического стресса и психотерапии, 2001 г. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить):

Назначение: SCL-90-R – шкала самоотчета для определения актуального, присутствующего на данный момент, психологического симптоматического статуса. SCL-90-R. Шкала является клинической тестовой и скрининговой методикой, предназначенной для оценки паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц.

Опросник SCL-90-R состоит из 90 пунктов, каждый из которых оценивается по пятибалльной системе ранжирования дистресса от «нисколько» до «крайне». Эти пункты позволяют определить выраженность 9 симптоматических шкал, которые составляют основу большинства поведенческих симптомов у психически больных. Каждый параметр включает в себя не менее 6 пунктов. Достоверность оценивающих шкал пропорциональна числу пунктов шкалы (в пределах определенных ограничений). Это было подтверждено как психометрической теорией, так и теорией информации. Небольшое количество пунктов шкалы SCL-90-R не включены в 9 ведущих параметров и выделены отдельно в дополнительную группу развивающихся пунктов.

Содержание (шаблон):

Инструкция. Ниже приведен перечень проблем и жалоб, иногда возникающих у людей. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Обведите кружком номер того ответа, который наиболее точно описывает степень вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая

сегодняшний день. Обведите только один из номеров в каждом пункте (так, чтобы цифра внутри каждого кружка была видна), не пропуская ни одного пункта. Если вы захотите изменить свой отчет, зачеркните вашу первую пометку.

ФИО_____ Дата _____

Насколько сильно Вас тревожили:	Совсем нет	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
1.Головные боли	0	1	2	3	4
2.Нервозность или внутренняя дрожь	0	1	2	3	4
3.Повторяющиеся неотвязные неприятные мысли	0	1	2	3	4
4.Слабость или головокружение	0	1	2	3	4
5.Потеря сексуального влечения или удовольствия	0	1	2	3	4
6.Чувство недовольства другими	0	1	2	3	4
7.Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями	0	1	2	3	4
8.Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие	0	1	2	3	4
9.Проблемы с памятью	0	1	2	3	4
10.Ваша небрежность или неряшливость	0	1	2	3	4
11.Легко возникающая досада или раздражение	0	1	2	3	4
12.Боли в сердце или грудной клетке	0	1	2	3	4
13.Чувство страха в открытых местах или на улице	0	1	2	3	4
14.Упадок сил или заторможенность	0	1	2	3	4
15.Мысли о том, чтобы покончить с собой	0	1	2	3	4
16.То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие	0	1	2	3	4
17.Дрожь	0	1	2	3	4
18.Чувство, что большинству людей нельзя доверять	0	1	2	3	4
19.Плохой аппетит	0	1	2	3	4
20.Слезливость	0	1	2	3	4
21.Застенчивость или скованность в общении с лицами противоположного пола	0	1	2	3	4
22.Ощущение, что Вы в западне или пойманы	0	1	2	3	4
23.Неожиданный или беспричинный страх	0	1	2	3	4
24.Вспышки гнева, которые Вы	0	1	2	3	4

не могли сдержать					
25.Боязнь выйти из дома одному	0	1	2	3	4
26.Чувство, что Вы сами во многом виноваты	0	1	2	3	4
27.Боли в пояснице	0	1	2	3	4
28.Ощущение, что Вам что-то мешает сделать что-либо	0	1	2	3	4
29.Чувство одиночества	0	1	2	3	4
30.Подавленное настроение, хандра	0	1	2	3	4
31.Чрезмерное беспокойство по разным поводам	0	1	2	3	4
32.Отсутствие интереса к чему-либо	0	1	2	3	4
33.Чувство страха	0	1	2	3	4
34.То, что Ваши чувства легко задеть	0	1	2	3	4
35.Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли	0	1	2	3	4
36.Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам	0	1	2	3	4
37.Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь	0	1	2	3	4
38.Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки	0	1	2	3	4
39.Сильное или учащенное сердцебиение	0	1	2	3	4
40.Тошнота или расстройство желудка	0	1	2	3	4
41.Ощущение, что Вы хуже других	0	1	2	3	4
42.Боли в мышцах	0	1	2	3	4
43.Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас	0	1	2	3	4
44.То, что Вам трудно заснуть	0	1	2	3	4
45.Потребность проверять или перепроверять то, что Вы делаете	0	1	2	3	4
46.Трудности в принятии решений	0	1	2	3	4
47.Боязнь езды в автобусах	0	1	2	3	4
48.Затрудненное дыхание	0	1	2	3	4
49.Приступы жара или озноба	0	1	2	3	4
50.Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они Вас пугают	0	1	2	3	4
51.То, что Вы легко теряете мысль	0	1	2	3	4

52.Онемение или покалывание в различных частях тела	0	1	2	3	4
53.Комок в горле	0	1	2	3	4
54.Ощущение, что будущее безнадежно	0	1	2	3	4
55.То, что Вам трудно сосредоточиться	0	1	2	3	4
56.Ощущение слабости в различных частях тела	0	1	2	3	4
57.Ощущение напряженности или взвинченности	0	1	2	3	4
58.Тяжесть в конечностях	0	1	2	3	4
59.Мысли о смерти	0	1	2	3	4
60.Переедание	0	1	2	3	4
61.Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами	0	1	2	3	4
62.То, что у Вас в голове чужие мысли	0	1	2	3	4
63.Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	0	1	2	3	4
64.Бессонница по утрам	0	1	2	3	4
65.Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать	0	1	2	3	4
66.Беспокойный и тревожный сон	0	1	2	3	4
67.Импульсы ломать или крушить что-либо	0	1	2	3	4
68.Наличие у Вас идей или верований, которые не разделяют другие	0	1	2	3	4
69.Чрезмерная застенчивость при общении с другими	0	1	2	3	4
70.Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)	0	1	2	3	4
71.Чувство, что все, чтобы Вы ни делали, требует больших усилий	0	1	2	3	4
72.Приступы ужаса или паники	0	1	2	3	4
73.Чувство неловкости, когда Вы едите или пьете на людях	0	1	2	3	4
74.То, что Вы часто вступаете в спор	0	1	2	3	4
75.Нервозность, когда Вы оставались одни	0	1	2	3	4
76.То, что другие недооценивают Ваши достижения	0	1	2	3	4
77.Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми	0	1	2	3	4
78.Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте	0	1	2	3	4

79.Ощущение собственной никчемности	0	1	2	3	4
80.Ощущение, что с Вами произойдет что-то плохое	0	1	2	3	4
81.То, что Вы кричите или швыряетесь вещами	0	1	2	3	4
82.Боязнь, что Вы упадете в обморок на людях	0	1	2	3	4
83.Ощущение, что люди злоупотребят Вашим доверием, если Вы им позволите	0	1	2	3	4
84.Нервировавшие Вас сексуальные мысли	0	1	2	3	4
85.Мысль о том, что Вы должны быть наказаны за Ваши грехи	0	1	2	3	4
86.Кошмарные мысли или видения	0	1	2	3	4
87.Мысли о том, что с Вашим телом что-то не в порядке	0	1	2	3	4
88.То, что Вы не чувствуете близости ни к кому	0	1	2	3	4
89.Чувство вины	0	1	2	3	4
90.Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное	0	1	2	3	4

Ключ (интерпретация):
Ключ.

№	Шкалы	Пункты	Число пунктов
1	SOM Соматизация	1 4 12 27 40 42 48 49 52 53 56 58	12
2	O-C Обсессивность-компульсивность	3 9 10 28 38 45 46 51 55 65	10
3	**INT** Межличностная тревожность	6 21 34 36 37 41 61 69 73	9
4	**DEP** Депрессивность	14 15 20 22 26 29 30 31 32 54 56 71 79	13
5	**ANX** Тревожность	2 17 23 33 39 57 72 78 80 86	10
6	**HOS** Враждебность	11 24 63 67 74 81	6
7	**PHOB** Фобии	13 25 47 50 70 75 82	7
8	**PAR** Паранойяльность	8 18 43 68 76 83	6
9	**PSY** Психотизм	7 16 35 62 77 84 85 87 88 90	10

10	**Dopoln.** Дополнительные пункты	19 44 59 60 64 66 89	7

Обработка полученных данных

1. Баллы по каждой шкале – 9 показателей. Сумму баллов по каждой шкале разделить на количество пунктов в этой шкале. Например, сумма баллов по 1-й шкале делится на 12, по 2-й – на 10 и т.д.

2. Общий балл–индекс GSI (General Symptomatical Index). Общую сумму всех баллов разделить на 90 (количество пунктов в опроснике).

3. Индекс проявления симптоматики PSI (Positive Symptomatical Index). Подсчитывается количество пунктов, на которые дается оценка от 1 до 4.

4. Индекс выраженности дистресса PDSI (Positive Distress Symptomatical Index). Индекс GSI умножить на 90 и разделить на индекс PSI.

Сводная таблица

№	Шкалы	Норма		Пациенты			
				Россия		США	
		Россия	США	Неврозы до лечения	Неврозы после лечения	Амбулаторная психиатрия	Стационарная психиатрия
1	SOM	0,44±0,03	0,36	1,28±0,08	0,70	0,87	0,99
2	O-C	0,75±0,04	0,39	1,45±0,08	0,77	1,47	1,45
3	INT	0,66±0,03	0,29	1,40±0,10	0,84	1,41	1,32
4	DEP	0,62±0,04	0,36	1,56±0,08	0,73	1,79	1,74
5	ANX	0,47±0,03	0,30	1,66±0,10	0,78	1,47	1,48
6	HOS	0,60±0,04	0,30	1,03±0,07	0,58	1,10	0,94
7	PHOB	0,18±0,02	0,13	1,13±0,10	0,74	0,74	0,96
8	PAR	0,54±0,04	0,34	0,86±0,08	0,63	1,16	1,26
9	PSY	0,30±0,03	0,14	0,82±0,07	0,41	0,94	1,11
10	Dopoln.	0,49±0,03		1,29±0,08	0,62		
11	GSI	0,51±0,02	0,31	1,29±0,06	0,69	1,26	1,30
12	PSI	21,39±2,02		57,04±3,10			
13	PDSI	1,17±0,05		2,15±0,06			

Интерпретация

1. Соматизация (Somatization). Пункты, включенные в эту шкалу, отражают дистресс, возникающий от осознания нарушений функций тела. Параметр включает жалобы на сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, дыхательную и другие системы. В случае исключения органической основы жалоб, регистрируются разнообразные соматоформные расстройства и эквиваленты тревоги.

2. Обсессивность – компульсивность (Obsessive-Compulsive). Ядром данной шкалы является одноименный клинический синдром. Включает пункты, указывающие на повторяемость и нежелательность определенных явлений, а также на наличие более общих познавательных

затруднений.

3. Межличностная тревожность (Interpersonal Sensitivity). Симптомы, составляющие основу этой шкалы, отражают чувства личной неадекватности и неполноценности в социальных контактах. Шкала включает пункты, отражающие самоосуждение, чувство неловкости и выраженного дискомфорта при межличностном взаимодействии. Отражает склонность к рефлексии и заниженную самооценку.

4. Депрессивность (Depression). Пункты, относящиеся к шкале депрессии, отражают широкий круг обстоятельств, сопутствующих клиническому депрессивному синдрому. Включены жалобы на угасание интереса к деятельности, недостаточность мотивации и потерю жизненной энергии. Шкала также включает пункты, связанные с идеей самоубийства, чувством безнадежности, бесполезности, и другими соматическими и познавательными характеристиками депрессии.

5. Тревожность (Anxiety). К этой шкале относится группа симптомов и реакций, которые обычно клинически связываются с очевидной (явной) тревогой, отражающей чувство гнетущего беспричинного внутреннего беспокойства. Основой данной шкалы являются жалобы на ощущение нервозности, нетерпеливости и внутреннего напряжения в сочетании с соматическими, моторными проявлениями.

6. Враждебность (Anger-Hostility). Данный параметр формируется из трех категорий враждебного поведения: мысли, чувства и действия.

7. Фобии (Phobic Anxiety). Жалобы, входящие в эту шкалу, отражают страхи, связанные с путешествиями, открытыми пространствами, общественными местами, транспортом и фобические реакции социального характера.

8. Паранойяльность (Paranoid Ideation). При создании данной шкалы L.R. Derogatis с соавт. придерживались позиции, что параноидные явления лучше постигаются при их восприятии как образа мышления. Черты параноидного мышления, имеющие первостепенную важность, в рамках ограничений, налагаемых опросником, были включены в шкалу. Это, прежде всего, проецирующее мышление, враждебность, подозрительность, идеи отношения.

9. Психотизм (Psychoticism). Основой данной шкалы являются следующие симптомы: слуховые галлюцинации, передача мыслей на расстояние, внешнее управление мыслью и вторжение мыслей извне. Наряду с этими пунктами, в опроснике представлены и другие косвенные признаки психотического поведения, а также симптомы, указывающие на шизоидный образ жизни.

Приложение Г4. Интегративный тест тревожности – ИТТ

Название на русском языке: Интегративный тест тревожности – ИТТ

Оригинальное название: Интегративный тест тревожности – ИТТ

Источник: Разработан в лаборатории клинической психологии Института им. В.М. Бехтерева (Бизюк А.П., Вассерман Л И., Иовлев Б.В., 1997). Бизюк А.П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ) // Методические рекомендации / А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2003. – 23 с.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить):

Назначение: Методика «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) представляет собой медицинскую (медико-психологическую) технологию, является оригинальным экспресс психолого-диагностическим инструментом для дифференцированной оценки и содержательной квалификации по 5 факторам (субшкалам) тревоги как неспецифического, сложного по генезу аффективного регулятора поведения личности и тревожности как личностно-типологической характеристики. Анализ адаптогенной и патогенной роли «тендема тревога – тревожность» позволяет уточнить механизмы терапии и оценить эффективность лечения психической дезадаптации различного происхождения.

Для оценки уровня значимости для испытуемых 15 утверждений по шкалам самооценка тревоги – ситуационная – СТ-С и самооценка тревожности – личностная – СТ-Л использована традиционная для метода субъективного личностного шкалирования 4-х бальная система градаций отчетов: 0 – отсутствие данного признака, два других связываются с наличием слабо и умеренно выраженных признаков (баллы 1 и 2) и последний – как чрезвычайная, с точки зрения испытуемого, степень выраженности – 3 балла. Таким образом, максимальное количество сырых баллов, которое может быть набрана по обеим шкалам ИТТ – 45.

Содержание (шаблон):

Регистрационный бланк шкалы личностной тревожности (ШКАЛА СТ-Л)

ФИО _____

Возраст _____

Дата обследования _____

Место обследования _____

Ниже Вам предложены несколько утверждений, касающихся Вашего эмоционального состояния. В отношении каждого из них нужно решить – КАК ЧАСТО на протяжении последнего времени (например, на протяжении последнего года) Вы его испытывали. В зависимости от этого поставьте знак «+» в одну из четырех граф.

	Почти никогда 0	Редко 1	Часто 2	Почти все время 3
1. Я находился в напряжении				
2. Я расстраивался				
3. Я тревожился о будущем				
4. Я нервничал				
5. Я бывал озабочен				
6. Я бывал возбужден				
7. Я ощущал непонятную угрозу				
8. Я быстро уставал				
9. Я бывал не уверен в себе				
10. Я избегал любых конфликтов				
11. Я легко приходил в замешательство				
12. Я ощущал свою бесполезность				
13. Я плохо спал				
14. Я ощущал себя утомленным				
15. Я бывал эмоционально чувствителен				

	Сырые баллы	Станайны
Общий показатель		

	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
Сырые баллы					
Станайны					

Регистрационный бланк шкалы ситуативной тревожности (ШКАЛА СТ-С)

ФИО _____

Возраст_____

Дата обследования _____ место обследования _____

Ниже Вам предложено несколько утверждений, касающихся Вашего эмоционального состояния. В отношении каждого из них нужно решить – насколько данное состояние выражено именно СЕЙЧАС, В ДАННЫЙ МОМЕНТ, СЕГОДНЯ. В зависимости от этого поставьте знак «+» в одну из четырех граф.

	Совсем нет 0	Слабо выражено 1	Выражено 2	Очень выражено 3
Я нахожусь в напряжении				
Я расстроен				
Я тревожусь о будущем				
Я нервничаю				
Я озабочен				
Я возбужден				
Я ощущаю непонятную угрозу				
Я устаю быстрее обычного				
Я не уверен в себе				
Я избегаю любых конфликтов				
Я чувствую замешательство				
Я ощущаю свою бесполезность				
Я спал беспокойно				
Я ощущаю себя утомленным				
Я эмоционально чувствителен				

	Сырые баллы	Станайны
Общий показатель		

	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
Сырые баллы					
Станайны					

Ключ (интерпретация)

Ключ

Таблица перевода в станайны общего показателя личностной тревожности и общего показателя ситуативной тревожности

Станайны	Сырые показатели	
	Взрослые и юноши	Девушки
1	6 и менее	6 и менее
2	7-8	7-8
3	9	9-10
4	10-11	11-12
5	12-14	13-16
6	15-18	17-21
7	19-22	22-25
8	23-26	26-30
9	27 и более	31 и более

Таблица подсчета показателей по вспомогательным шкалам

	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
1	74 49 25				
2	73 49 24				
3				110 74 37	
4	80 53 27				
5				98 65 32	
6	73 49 24				
7			111 74 37		
8		91 61 30			
9			85 56 28		
10					171 114 57
11					129 86 43
12			87 58 29		
13		122 81 41			
14		87 58 29			
15				92 61 31	

Перевод в станайны показателей вспомогательных шкал для взрослых и юношей

Станайны	Суммы диагностических коэффициентов				
	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
1	34 и менее	26 и менее	13 и менее	44 и менее	50 и менее
2	35-48	27-36	14-19	45-62	51-70
3	49-62	37-47	20-24	63-80	71-90
4	63-76	48-57	25-29	81-97	91-110
5	77-100	58-82	30-54	98-122	111-135
6	101-137	83-122	55-99	123-155	136-165
7	138-173	123-161	100-144	156-187	166-195
8	174-209	162-201	145-188	188-219	196-225
9	210 и более	202 и более	189 и более	220 и более	226 и более

Перевод в станайны показателей вспомогательных шкал для девушек

Станайны	Суммы диагностических коэффициентов				
	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
1	42 и менее	31 и менее	16 и менее	53 и менее	60 и менее
2	43-58	32-44	17-23	54-75	61-85
3	59-75	45-57	24-29	76-97	86-109

4	76-92	58-70	30-36	98-118	110-134
5	93-117	71-95	37-61	119-143	135-159
6	118-150	96-132	62-104	144-172	160-184
7	151-183	133-169	105-148	173-200	185-210
8	184-217	170-206	149-191	201-228	211-235
9	218 и более	207 и более	192 и более	229 и более	236 и более

Интерпретация

Высокие показатели субшкалы «Эмоциональный дискомфорт» (ЭД) свидетельствуют о сниженном эмоциональном фоне, неудовлетворенности жизненной ситуацией, эмоциональной напряженности, отсутствии эмоционального равновесия.

Высокие показатели субшкалы «Астенический компонент тревожности» (АСТ) свидетельствуют в пользу астении, слабости, вялости, повышенной психической истощаемости, усталости.

Высокие показатели субшкалы «Фобический компонент» (ФОБ) говорят о том, что в структуре тревожности доминируют фобии (беспокойство и страхи, обусловленные текущей жизненной ситуацией).

Высокие показатели субшкалы «Тревожная оценка перспективы» (ОП) говорят о том, что в структуре тревожности доминируют страхи, распространяющиеся не столько на текущее положение дел, сколько ориентированные в будущее, в перспективу, по принципу «как бы чего не случилось».

5-я субшкала – «Социальные реакции защиты» (СЗ) связана с основными проявлениями тревожности в сфере социальных контактов, с попытками испытуемого рассматривать социальную среду как основной источник тревожных напряжений и неуверенности в себе.

Приложение Г5. Методика оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина

Название на русском языке: Методика оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина

Оригинальное название: State-Trait Anxiety Inventory, – STAI (Spielberger C.D., 1964).

Источник: Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene. R.E. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. // Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. – 1970. Spielberger C.D. Test Anxiety Inventory: Preliminary professional manual. – Menlo Park. – 1980. Адаптация методики Ю.Л. Ханина. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. – Ленинград. – 1976. – 18 с.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить):

Назначение: Методика оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина является шкалой самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика личности) и применяется в клинике для определения выраженности тревожных переживаний, оценки состояния в динамике и др. Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для испытуемого.

Содержание (шаблон)

Инструкция

Шкала ситуативной тревожности

Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет

№ пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не	1	2	3	4

	угрожает				
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Инструкция

Шкала личной тревожности

Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

№ пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4

35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Ключ (интерпретация):

При анализе результатов самооценки надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной).

Уровень реактивной тревожности вычисляется по формуле:

ТР = ∑рп - ∑ро + 50, где:

ТР – показатель реактивной тревожности;

∑рп – сумма баллов по прямым вопросам (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18);

∑ро – сумма баллов по обратным вопросам (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19,20).

Для исчисления уровня личностной тревожности применяется формула:

ТЛ = ∑лп - ∑ло + 35, где:

ТЛ– показатель личностной тревожности;

∑лп – сумма баллов по прямым вопросам (22, 23, 24, 25, 28,29,31,32,34,35,37,38,40);

∑ло – сумма баллов по обратным вопросам (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Интерпретация

до 30 баллов – низкая тревога (тревожность),

31-44 балла – умеренная;

45 и более – высокая.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает

основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам.

Для низкотревожных личностей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Состояние реактивной (ситуационной) тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Естественно, это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной подшкале позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него.

Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обусловливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на субъекта и вызывать у него выраженную тревогу. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Приложение Г6. Шкала тревоги А. Бека

Название на русском языке: Шкала тревоги А. Бека

Оригинальное название: The Beck Anxiety Inventory – (BAI), (Beck A.T., 1961).

Источник: Beck AT, Steer RA (1993). Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio: Hacourt Brace and Company.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить):

Назначение: Клиническая тестовая методика, предназначенная для скрининга тревоги и оценки степени её выраженности.

Шкала тревоги Бека предназначена для предварительной оценки степени выраженности тревожных расстройств у широкого круга лиц: молодых людей от 14 лет, зрелых и пожилых, контингента клиники и при скрининговых исследованиях.

Опросник состоит из 21 пункта. Каждый пункт включает один из типичных симптомов тревоги, телесных или психических. Каждый пункт должен быть оценен респондентом от 0 (симптом не беспокоил) до 3 (симптом беспокоил очень сильно).

Содержание (шаблон):

Инструкция

Данный список содержит наиболее распространенные симптомы тревоги. Пожалуйста, тщательно изучите каждый пункт. Отметьте, насколько Вас беспокоил каждый из этих симптомов в течение ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ, включая сегодняшний день, поставив крестик в соответствующей колонке справа.

СИМПТОМ	СОВСЕМ НЕ БЕСПОКОИЛ 0	СЛЕГКА. НЕ СЛИШКОМ МЕНЯ БЕСПОКОИЛ 1	УМЕРЕННО. ЭТО БЫЛО НЕПРИЯТНО, НО Я МОГ ЭТО ПЕРЕНОСИТЬ 2	ОЧЕНЬ СИЛЬНО. Я С ТРУДОМ МОГ ЭТО ВЫНОСИТЬ 3
1. Ощущение онемения или покалывания в теле				
2. Ощущение жара в теле				
3. Дрожь в ногах				
4. Неспособность расслабиться				
5. Страх, что произойдет самое плохое				

6. Головокружение или ощущение легкости в голове				
7. Ускоренное сердцебиение				
8. Неустойчивость				
9. Ощущение ужаса				
10. Нервозность				
11. Дрожь в руках				
12. Ощущение удушья				
13. Шаткость походки				
14. Страх утраты контроля				
15. Затрудненность дыхания				
16. Страх смерти				
17. Испуг				
18. Желудочно-кишечные расстройства				
19. Обмороки				
20. Приливы крови к лицу				
21. Усиление потоотделения (не связанное с жарой)				

Ключ (интерпретация)

Подсчёт производится простым суммированием баллов по всем пунктам шкалы BAI.

Значения от 0 до 9 баллов свидетельствует об отсутствии тревоги.

Значения от 10 до 21 балла свидетельствует о незначительном уровне тревоги.

Значения от 22 до 35 баллов соответствуют средней выраженности тревоги.

Значения от 36 до 63 баллов свидетельствуют об очень высокой тревоге.

Приложение Г7. Шкала самооценки тревоги Д. Шихана

Название на русском языке: Шкала самооценки тревоги Д. Шихана

Оригинальное название: Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale – (SPRAS), (David V. Sheehan, 1983).

Источник: Sheehan D.V., Sheehan Kr. // Int. J. Psycriat. Med, – 1983. – N 12. – P. 243-266.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить):

Назначение: Шкала самооценки тревоги Д. Шихана предназначена для скрининговой диагностики и самодиагностики расстройств тревожного спектра у взрослых лиц.

Шкала создана на основании выборки симптомов тревожных расстройств и панических атак и включает в себя наиболее распространённые проявления этих расстройств, в том числе соматические и вегетативные проявления тревоги. Каждый пункт оценивается по шкале Ликкена от 0 до 4 баллов.

Содержание (шаблон):

Инструкция.

Определите, насколько Вас беспокоили в течение последней недели указанные ниже симптомы. Отметьте номер Вашего ответа на бланке ответов.

В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ (7 ДНЕЙ), НАСКОЛЬКО ВАС БЕСПОКОИЛИ СЛЕДУЮЩИЕ ЖАЛОБЫ	НИСКОЛЬКО 0	НЕМНОГО 1	УМЕРЕННО 2	СИЛЬНО 3	КРАЙНЕ СИЛЬНО 4
1. Затруднение на вдохе, нехватка воздуха или учащённое дыхание					
2. Ощущение удушья или комка в горле					
3. Сердце скачет, колотиться, готово выскочить из груди					
4. Загрудинная боль, неприятное чувство сдавления в груди					
5. Профузная потливость (пот градом)					
6. Слабость, приступы дурноты, головокружения					
7. «Ватные», «не свои» ноги					

8. Ощущение неустойчивости или потери равновесия					
9. Тошнота или неприятные ощущения в животе					
10. Ощущение того, что всё окружающее становится странным, нереальным, туманным или отстранённым					
11. Ощущение, что всё плывёт, «нахожусь вне тела»					
12. Покалывание или онемение в разных частях тела					
13. Приливы жара или озноба					
14. Дрожь (тремор)					
15. Страх смерти или того, что сейчас может произойти что-то ужасное					
16. Страх сойти с ума или потери самообладания					
17. Внезапные приступы тревоги, сопровождающиеся тремя или более из вышеперечисленных признаков, возникающие непосредственно перед и при попадании в ситуацию, которая, по Вашему опыту, может вызвать приступ					
18. Внезапные неожиданные приступы тревоги, сопровождающиеся тремя или более из выше перечисленных признаков, возникающие по незначительным поводам или без повода (т.е., когда Вы НЕ находитесь в ситуации, которая, по Вашему опыту, может вызвать приступ)					
19. Внезапные неожиданные приступы, сопровождающиеся только одним или двумя из вышеперечисленных признаков, возникающие по незначительным поводам или без повода (т.е., когда Вы НЕ находитесь в ситуации, которая, по Вашему опыту, может вызвать приступ)					
20. Периоды тревоги, нарастающей по мере того, как Вы готовитесь сделать что-то, что, по Вашему опыту, может вызвать тревогу, причём более сильную, чем ту, что в таких					

случаях испытывает большинство людей					
21. Избегание пугающих вас ситуаций					
22. Состояние зависимости от других людей					
23. Напряжённость и неспособность расслабиться					
24. Тревога, «нервозность», беспокойство					
25. Приступы повышенной чувствительности к звуку, свету и прикосновению					
26. Приступы поноса					
27. Чрезмерное беспокойство о собственном здоровье					
28. Ощущение усталости, слабости и повышенной истощаемости					
29. Головные боли или боли в шее					
30. Трудности засыпания					
31. Просыпания среди ночи или беспокойный сон					
32. Неожиданные периоды депрессии, возникающие по незначительным поводам или без повода					
33. Перепады настроения и эмоций, которые в основном зависят от того, что происходит вокруг Вас					
34. Повторяющиеся и неотступные представления, мысли, импульсы или образы, которые Вам кажутся тягостными, противными, бессмысленными или отталкивающими					
35. Повторение одного и того же действия как ритуала, например, повторные перепроверки, перемывание и пересчёт при отсутствии в этом действии необходимости					

Ключ (интерпретация):

Общий балл по шкале равен сумме баллов всех пунктов. Таким образом, общий балл может находиться в диапазоне от 0 до 140.

0-29 – отсутствие клинически выраженной тревоги,

30-79 – клинически выраженная тревога,

80 и выше – тяжелое тревожное расстройство, паническое расстройство.

По данным клинических исследований, показатели по шкале самооценки тревоги Д. Шихана при паническом расстройстве и агорафобии (при невротических расстройствах) соответствуют числовому диапазону от 37 до 77 баллов.

Приложение Г8. Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI)

Название на русском языке: Стандартизованный клинический личностный опросник в адаптации Собчик Л.Н. с соавт. (СМИЛ),1970.

Оригинальное название: Minnesota Multiphasic Personality Inventory - (MMPI) (Hathaway&McKinley, 1943)

Источник: Hathaway, S. R., &McKinley, J. C. (1943). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Minneapolis: University of Minnesota Press. Copyright © 1943 (renewed 1970); Hataway S.R., McKinley J.C. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory manual. N.Y., Psychological Corporation, 1960.

Адаптация методики Л.Н. Собчик, Институт судебной психиатрии им. В.П. Сербского., 1971 г. Собчик Л. Н., Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (MMPI) Практическое руководство. — М.: Речь, 2007. — 224 с.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить):

Назначение: Опросник MMPI предназначен для исследования индивидуально-личностных особенностей и эмоционального состояния, а также адаптационных механизмов у взрослых лиц.

Текст опросника включает 566 пунктов, которые касаются самочувствия, привычек, поведения, преобладающих переживаний и настроения, отношений к различным жизненным явлениям, межличностных отношений, направленности интересов. В результате обработки получают показатели по 10-ти базовым шкалам, а также по 3-м контрольным шкалам, предназначенным для определения отношения испытуемых к тестированию, неоткровенности или преднамеренного искажения результатов.

Приложение Г9. Ich Struktur Test nach G. Ammon – методика «Я-структурный тест» Г. Аммона (1978) (ISTA)

Название на русском языке: Методика «Я-структурный тест» Г. Аммона.

Оригинальное название: Ich-Struktur-Test nach G.Ammon (ISTA).

Источник: Ammon G. Das Verstandnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Personlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage fiir Wisscnschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. — Dynamische Psychiatrie, 1978, Jg. 11, s. 120-140.

Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей / авт.-сост. Ю.Я. Тупицын, В.В. Бочаров, Т.В. Алхазова и др. – СПб.:Науч.-иссл. психоневр. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1998 - 70с.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить)

Назначение: представляет собой разработанный автором и его сотрудниками опросник. Регистрируются центральные личностные функции: агрессия, тревога/страх, внешнее и внутреннее Я-отграничения, нарциссизм и сексуальность.

Опросник включает 220 пунктов, распределенных на 18 шкал, позволяющих получить представления о конструктивных, деструктивных и дефицитарных проявлениях личности. Сфера применения теста — это личностная диагностика лиц, страдающих неврозом, пограничным синдромом и психозом. ISTA базируется на структурной модели личности. Что касается валидности, то ISTA значимо и в ожидаемом направлении указывает на различия между клиническими группами и здоровыми лицами. Тест надежно отображает изменения в ходе терапевтического процесса.

Приложение Г10. Методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК)

Название на русском языке: Методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК).

Оригинальное название: Rotter's Locus of Control Scale – Rotter, Julian B (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs: General and Applied. 80(1): 1–28. doi:10.1037/h0092976; Rotter, J. B. Social learning and clinical psychology. — New York: Prentice-Hall, 1954.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Метод исследования уровня субъективного контроля // Психологический журнал.— Том 5. —1984. — №3. — С.152-162.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить)

Назначение: Опросник состоит из 44 предложений-утверждений и предназначен для диагностики интернальности - экстернальности. Позволяет измерять как общий уровень интернальности, так и локус контроля личности в различных сферах жизнедеятельности. Уровень субъективного контроля является обобщенной характеристикой личности, которая проявляется схожим образом в различных ситуациях.

Уровень субъективного контроля связан с ощущением человеком ответственности за происходящие с ним события. Стратегии, которые выбирает человек для своего поведения, могут быть разными и зависят от социальной зрелости и самостоятельности личности. В зависимости от того, как человек оценивает события своей жизни, что является причиной этих событий, кто несет ответственность за эти события он относится либо к "интерналам", либо к " экстерналам". В отличие от оригинальной шкалы Дж. Роттера, в опросник УСК были включены пункты, измеряющие интернальность-экстремальность в межличностных и семейных отношениях. Так как опросник предназначен для медико-психологических исследований, в него включены пункты, измеряющие УСК в отношении болезни и здоровья

Приложение Г11. «Personal Beliefs Test» (Kassinove H., Berger A., 1988) - Опросник для исследования личностных убеждений

Название на русском языке: Опросник для исследования личностных убеждений.

Оригинальное название: Personal Beliefs Test (Kassinove Howard, 1988) - Kassinove H., Berger A. Survey of personal beliefs // Hofstra University: Personal communication—1988.—P. 100–113.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Адаптация методики походила в СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева. - Назыров Р.К., Логачева С.В., Ремесло М.Б., Холявко В.В., Павловский И.О. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами // Методические рекомендации.—СПб.: Издательство НИПНИ им. В.М. Бехтерева.—2011.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить)

Назначение: Опросник впервые был разработан в Университете Хоста (США) Howard Kassinove, Andrew Berger (1981), предназначен для диагностики рациональности мышления и выявление иррациональных убеждений (установок), характерных для больных с невротическими расстройствами. Теоретической основой для создания методики послужила рационально-эмоциональная психотерапия А. Эллиса. Позже авторами были внесены некоторые изменения в содержание опросника, целесообразность которых была подтверждена факторным анализом. Опросник включает в себя 5 шкал:

1. «Долженствование в отношении себя». 2. «Самооценка» . 3. «Катастрофизация». 4. «Долженствование в отношении других» . 5. «Низкая фрустрационная толерантность» и 6. Общий (интегральный) показатель рациональности мышления. Основное назначение опросника – изучение рациональных и иррациональных идей (установок) респондентов.

Приложение Г12.Life Style Index – методика «Индекс жизненного стиля» (LSI)

Название на русском языке: Индекс жизненного стиля.

Оригинальное название: Life Style Index (LSI, Kellerman-Plunchik, 1979). Plutchik R. A structural theory of ego defence and emotions / Emotions in personality and psychopatology / R. Plutchik, H. Kellerman, H. Conte; Ed.by E. Izard. - New York,1979.- p.229-257.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Адаптация методики Вассерман Л.И. с соавт., Санкт-Петербургский научно-исследовательский Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, лаборатория клинической психологии. - Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: методическое пособие для врачей и психологов. - СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. - 48с.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить):

Назначение: личностный опросник, разработанный для оценки выраженности 8 основных механизмов психологической защиты (8 шкал, полученных путем процедуры факторного анализа): отрицание, проекция, регрессия, компенсация, вытеснение, замещение, интеллектуализация и реактивные образования. Вопросик состоит из 97 вопросов и позволяет оценить частоту использования в повседневной жизни того или иного защитного механизма. Подсчет баллов и перевод их в шкальные оценки (процентили) производится по специальным таблицам. Совокупность шкальных оценок отражает индивидуальную структуру психологической защиты личности, в целом стиль защитного поведения человека.

Приложение Г13. Стратегии совладающего поведения (СПП).

Название на русском языке: методика "Стратегии совладающего поведения" Р. Лазаруса.

Оригинальное название: "Ways of Coping Questionnaire" (WCQ, Folkman S., Lazarus R., 1988). - Folkman S., Lazarus R. Manual for ways of coping questionnaire. - Palo Alto, CA: Consult. Psychol. Press, 1988.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Адаптация методики Вассерман Л.И. с соавт., Санкт-Петербургский научно-исследовательский Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, лаборатория клинической психологии. - Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для личности ситуациями / Пособие для врачей и медицинских психологов. - Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - СПб, 2009. - 40с.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить):

Назначение: опросник широко используется в отечественных исследованиях для изучения совладающего со стрессом поведения (копинг-поведения). Теоретической основой опросника является трансактная модель адаптации к стрессу Р. Лазаруса (1966). Опросник включает 50 утверждений, объединенных в 8 шкал (полученных на основе факторного анализа). Каждая шкала представляет определенный стандартный вариант поведения в трудной ситуации: планомерное решение проблемы, позитивная переоценка, принятие ответственности, поиск социальной поддержки, конфронтация, самоконтроль, дистанцирование, избегание. Подсчитываются сырые баллы по каждой шкале и переводятся в Т-баллы (процентили) по специальной формуле. Совокупность полученных Т-баллов отражает индивидуальную структуру (репертуар) совладающего со стрессом поведения, а наибольшие показатели по одной из шкал свидетельствует о преобладании в копинг-поведении человека соответствующей копинг-стратегии.

Приложение Г14. Мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne Decision Making Questionnaire, – MDMQ

Название на русском языке: Мельбурнский опросник принятия решений.

Оригинальное название: Melbourne decision making questionnaire – MDMQ. Mann L., Burnett P., Radford M., Ford S. The Melbourne Decision Making Questionnaire: An Instrument of Measuring Patterns for Coping with Decisional Conflict. Journal of Behavioral Decision Making, 1997, 10(1), 1–19.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Адаптация методики - Kornilova T.V. Melbourne Decision Making Questionnaire: A Russian Adaptation, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, факультет психологии.-Корнилова Т.В. Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности // Психологический журнал. 2010. Т. 31. № 1. С. 74—86; Корнилова Т.В. Мельбурнский опросник принятия решений: русскоязычная адаптация // Психологические исследования. – 2013. – Т. 6. – № 31.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить):

Назначение: это личностный опросник, направленный на диагностику индивидуального стиля принятия решений. Опросник является результатом апробации более общего опросника Флиндерса (Flinders' Decision Making Questionnaire, DMQ).

На русском языке валидизирован Т.В. Корниловой, С.А. Корниловым, М.А. Чумаковой в 2010 году. Психологические исследования принятия решений человека в условиях неопределенности включают как анализ когнитивных составляющих, так и личностных аспектов регуляции его выборов.

Мельбурнский опросник принятия решений включает 22 утверждения, согласие с которыми оценивается испытуемым по 3-балльной шкале. Он позволяет диагностировать четыре свойства, трактуемые как продуктивный (бдительность) и непродуктивный копинги (избегание, прокрастинация и сверхбдительность) в ситуации ПР. Примерное время тестирования 5-10 минут.

Приложение Г15. Опросник невротической личности KON-2006

Название на русском языке: Опросник невротической личности KON-2006

Оригинальное название: Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006 (Aleksandrowicz J., и др., 2006).

Источник (методические рекомендации по применению методики): Aleksandrowicz J., Klasa K., Sobański J., Stolarska D. Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON – 2006, Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Biblioteka Psychoterapii Polskiej, Kraków, 2006, p. 72.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): адаптация методики - Исурина Г.Л., Тромбчиньски П.К., Санкт-Петербургский государственный университет, факультет психологии.Сравнительноеисследование: Исурина Г.Л., Грандилевская И.В., Тромбчиньски П.К. Опросник KON-2006» – новый метод исследования невротических черт личности / Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 6(47), Galina L. Isurina, Irina V. Grandilevskaya, Piotr K. Trabczynski The experience of using the "Neurotic Personality Questionnaire KON-2006" in Russia Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2019; 1: 74–86., Исурина Г.Л., Грандилевская И.В., Тромбчиньски П.К., Горбунов И.А. Опросник невротической личности KON-20016 Методические рекомендации СПб 2018 - 62с.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить):

Назначение: Опросник KON-2006 предназначен для клинической диагностики черт личности невротического спектра и оценки общего уровня выраженности невротических расстройств. Основанный на методе самоописания, опросник дает возможность оценить степень дисфункций личности. Изменения этого показателя, происходящие в процессе лечения, позволяют также оценивать влияние терапии на невротические характеристики личности, а, следовательно, оценивать и результаты психотерапии (Aleksandrowicz J., 2006, Galina L. Isurina, Irina V. Grandilevskaya, PiotrK. Trabczynski, 2019).

Опросник включает 243 утверждения, которые образуют 24 шкалы. По каждой шкале подсчитываются сырые баллы, каждый входящий в ключ ответ оценивается 1 баллом. Затем сырые баллы по каждой шкале переводятся в стандартные оценки (стены)

с учетом пола. На основании стандартных оценок по каждой шкале высчитывается показатель X-KON, характеризующий общий объем личностных дисфункций невротического регистра. На основании значения показателя X-KON можно оценить суммарную степень выраженности личностных характеристик невротического регистра (объем личностных дисфункций).

Обследование занимает 20-30 минут, в течение которых обследуемый фиксирует свои ответы (ДА/НЕТ) в регистрационном бланке. Опросник KON-2006 предназначен для врачей психиатров и психотерапевтов, клинических психологов.

Приложение Г16. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25)

Название на русском языке: Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25).

Оригинальное название: Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25).

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) Клин. фармакол. тер., 2018, 27(1), 74 - 78.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить):

Назначение: клинико-психологическая тестовая методика, предназначенная для количественной оценки приверженности лечению в рутинной клинической практике. Предлагается стандартизированный вариант анкеты для количественной оценки приверженности лечению и рекомендуется для включения в программу стандартного медицинского обследования людей с хроническими заболеваниями. Может быть применен для определения контингента пациентов, нуждающихся в дополнительном внимании как недостаточно приверженных лечению. Характеристики КОП-25: чувствительность – 93%, специфичность –78%, надежность – 94%.

Анкета заполняется респондентом лично или с участием интервьюера, включает 25 вопросов с вариантами ответов. Заполняется последовательно - с 1-го по 25-й вопрос. Для каждого вопроса респондент выбирает наиболее подходящий ответ из предложенного закрытого перечня, включающего 6 возможных вариантов. На каждый вопрос анкеты может быть выбран только один ответ. Заполненная анкета обрабатывается интервьюером по алгоритму. Обработку результатов можно выполнять как в автоматизированном, так и в ручном режиме. На каждый вопрос имеется 6 вариантов оцениваемых в баллах ответов. Обработку результатов проводят в два этапа.

На первом этапе вычисляют технические показатели: «важность лекарственной терапии», «важность медицинского сопровождения», «важность модификации образа жизни» и «готовность к лекарственной терапии», «готовность к медицинскому

сопровождению», «готовность к модификации образа жизни». Каждый технический показатель представляет собой простую сумму баллов, полученную при ответах на соответствующие вопросы. Минимальное возможное значение каждого технического показателя составляет 5 баллов, а максимальное - 30 баллов.

На втором этапе рассчитывают показатели приверженности: «приверженность лекарственной терапии», «приверженность медицинскому сопровождению», «приверженность модификации образа жизни» и интегральный показатель «приверженность лечению». Каждый показатель представляет собой величину, вычисленную для конкретного респондента и выраженную в процентах от теоретически возможной (принятой за 100%).