

Evaluation Warning: The document was created with Spire.Doc for .NET.



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

# Тревожно-фобические расстройства у взрослых

МКБ 10: **F40**

Возрастная категория: **взрослые**

ID: **KP455**

Год утверждения: **2016 (пересмотр каждые 3 года)**

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество психиатров**

Научным советом Министерства Здравоохранения Российской Федерации\_\_

\_\_\_\_\_201\_ г.

## Оглавление

1.1 Определение.....	7
1.2 Этиология и патогенез .....	7
1.3 Эпидемиология.....	7
1.4 Кодирование по МКБ-10.....	8
1.5 Классификация.....	8
1.6 Клиническая картина.....	8
2.1 Жалобы и анамнез.....	11
2.2.Физикальное обследование.....	11
2.3 Лабораторная диагностика.....	12
2.4 Инструментальная диагностика.....	12
2.5 Экспериментально-психологическая диагностика.....	13
2.6 Дифференциальная диагностика.....	14
3.1 Консервативное лечение.....	15
3.1.1 Психофармакотерапия .....	15
3.1.2 Психотерапия .....	16
Приложение Г2. Шкала Гамильтона для оценки тревоги.....	35
Приложение Г3. Рекомендуемые дозы препаратов, уровень доказательности и сила рекомендаций для лечения тревожно-фобических расстройств.....	40

**Ключевые слова**

- тревожно-фобические расстройства
- агорофобия
- социофобия
- специфические фобии
- танатофобия
- тревога
- фобия
- тревожные состояния
- дифференциальная диагностика тревожных расстройств
- алгоритм диагностики
- невротические расстройства
- принципы лечения тревожно-фобических расстройств
- алгоритм терапии
- лечение тревожных нарушений
- психофармакотерапия
- психотерапия невротических расстройств.

## Список сокращений

АД – артериальное давление

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ- аспаратаминотрансфераза

ИТТ –интегративны тест тревожности

МКБ – международная классификация болезней

МРТ – магнитно-резонансная томография

РКИ – рандомизированные клинические исследования

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

Т3 – трийодтиронин

Т4 - тироксин

ТТГ- тиреотропный гормон

ТКДГ – транскраниальная доплерография

УСК – методика для определения уровня субъективного контроля личности

BAI (The Beck Anxiety Inventory) - Шкала тревоги Бека

COPE (Coping) - методика совладающего поведения

DSM - diagnostic and statistic manual of mental disorders – диагностическое руководство психических расстройств

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

ИП (Inventory of Interpersonal Problems) - Опросник для исследования межличностных проблем

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

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

MDMQ (Melbourne decision making questionnaire) - Мельбурнский опросник принятия решений

MMPI (Minnesota Multihasic Personality Inventory) - Стандартизованный клинический личностный опросник

MPS (Multidimensional perfectionism scale) - Многомерная шкала перфекционизма

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

\*\* ЖНВЛП – препарат входит в список «Жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты»

# - в инструкции по применению не указано данное заболевание или расстройство

## **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.

**Фобия** — симптом, сутью которого является иррациональный неконтролируемый страх или устойчивое переживание излишней тревоги в определённых ситуациях или в присутствии (ожидании) некоего известного объекта.

**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

### 1.1 Определение

**Тревожно-фобические расстройства** – группа расстройств, в клинической картине которых преобладает боязнь определенных ситуаций или объектов (внешних по отношению к субъекту), не представляющих реальной опасности. В результате больной избегает таких ситуаций или переносит их, преодолевая чувство страха [2,8].

### 1.2 Этиология и патогенез

Среди факторов риска появления тревожно-фобического расстройства выделяют [3,16]:

- личностные особенности - общая негативная аффективность, склонность к переживанию негативных эмоций и тревожная сенситивность, поведенческие ограничения;
- социальные факторы - наличие психотравмирующих событий в детстве (разлука или смерть одного из родителей). Кроме того, пациенты с тревожно-фобическими расстройствами указывают на дефицит эмоционального тепла и гиперпротекцию в семейном анамнезе;
- генетические и физиологические факторы - влияние генетических факторов различно для специфических фобий и составляет в среднем 35-45%, лишь для агорафобии, которая является наиболее наследуемой формой фобий, этот показатель составляет 61%.
- специфический патогенез тревожно-фобических расстройств в настоящее время недостаточно изучен и считается схожим с таковым при паническом расстройстве с большим удельным весом значения условно-рефлекторных связей, определяющих манифестацию симптоматики в определенных ситуациях.

### 1.3 Эпидемиология

Тревожно-фобические расстройства встречаются с частотой 5-12%. Большинство фобических расстройств, кроме социальных фобий, чаще встречается у женщин [6].

## 1.4 Кодирование по МКБ-10

**F40** – тревожно-фобические расстройства

**F40.0** – Агорафобия

.00 – без панического расстройства

.01 – с паническим расстройством

**F40.1** – Социальные фобии

**F40.2** – Специфические (изолированные) фобии

**F40.8** – Другие тревожно-фобические расстройства

**F 40.9** – Фобическое тревожное расстройство неуточненное

## 1.5 Классификация

Классификация тревожно-фобических расстройств [7]:

1. Агорафобия
2. Социальные фобии
3. Специфические фобии
  1. Животных (например, страх насекомых, собак)
  2. Естественных природных сил (например, страх ураганов, воды)
  3. Крови, инъекций, травм
  4. Ситуаций (например, страх лифтов, туннелей)
  5. Другой тип фобий.

## 1.6 Клиническая картина

**Фобическая тревога:**

- физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги;



- может отличаться по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса;
- не уменьшается от сознания того, что другие люди не считают данную ситуацию столь опасной или угрожающей;
- даже представление о попадании в фобическую ситуацию обычно вызывает тревогу предвосхищения.

### **Характеристика тревожно-фобического симптома:**

1. Тревога, обусловленная вполне определенными ситуациями, которые объективно не опасны.
2. Эти ситуации вызывают их избегание или страх, возможно формирование ограничительного поведения.
3. Тревога может варьировать от легкой степени до паники.
4. Появление вегетативных симптомов, обуславливающих вторичные страхи (страх смерти).
5. Субъективная тревога не зависит от объективной оценки окружающих.
6. Тревога предшествует ситуации, способной вызвать страх.

### **Критерии агорофобии:**

А. Тревога по поводу попадания в места или ситуации, из которых может быть затруднительно выбраться или в которых помощь не может быть оказана вовремя в случае неожиданного или ситуационно спровоцированного развития панических симптомов.

Агорофобические страхи обычно происходят в типичных ситуациях, которые включают в себя страх выходить из дома одному, страх толпы или очередей, страх мостов, поездок в автобусе, поезде или автомобиле [1,9;15].

Примечание: При избегании какой-либо одной ситуации диагностируется специфическая (простая) фобия, при избегании социальных ситуаций — социальная фобия.

Б. Ситуации избегаются (например, поездки ограничиваются) или сопровождаются значительными переживаниями и тревогой по поводу возможности развития симптомов паники. Ситуации могут преодолеваются в присутствии кого-либо.

В. Тревога или фобическое избегание не соответствуют больше критериям другого психического расстройства, как, например, «социальная фобия» (избегание определенных

социальных ситуаций по причине страха или стеснения), «специфическая фобия» (например, избегание таких конкретных ситуаций, как поездка в лифте), «обсессивно-компульсивное расстройство» (например, избегание грязи в случае страха загрязнения), «посттравматическое стрессовое расстройство» (избегание ситуаций, напоминающих о стрессовом событии) или «тревожное расстройство разлуки» (например; избегание расставания с домом и родственниками) [18,21].

### **Критерии социальных фобий:**

А. Иррациональный страх пристального внимания со стороны других людей (обычно в малых группах). Возможен как страх оказаться в центре внимания, так и страх повести себя не так. Характерные симптомы – покраснение лица, дрожание рук, тошнота, постоянные позывы на мочеиспускание.

Б. Страх может быть изолированным (например, только страх приема пищи в присутствии других людей, публичных выступлений, встреч с определенным кругом знакомых) или диффузным, включающим почти все социальные ситуации вне семейного круга.

В. Больные избегают фобических ситуаций, что в крайних случаях приводит к социальной изоляции.

### **Критерии специфических (изолированных) фобий:**

А. Иррациональный страх какого-либо объекта (например, животного) или определенной ситуации (например, высоты, грома, темноты, закрытого пространства, пауков, вида крови, заражения, нозофобии), не относящихся к агорофобии или социальной фобии.

Б. Роль пусковой ситуации расстройства выполняет изолированная ситуация, попадание в которую может вызвать панику.

Г. Снижение адаптации зависит от того, насколько легко больной может избегать фобической ситуации

## **2. Диагностика**

## 2.1 Жалобы и анамнез

*Основные жалобы: тревога, фобии, страх смерти (танатофобия), страх сойти с ума (потерять контроль над собой), страх открытых пространств, страх в социальных ситуациях, изолированные страхи в конкретных ситуациях, соматовегетативные нарушения, ограничительное (избегающее) поведение [6,14].*

Рекомендации к диагностике тревожно-фобических расстройств:

- При опросе пациентов рекомендуется обратить внимание на связь приступов тревоги с конкретными ситуациями, не вызывающими реальной опасности [1,14].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств - 1)

- При сборе анамнеза рекомендуется установить наличие ограничительного и избегающего поведения, связанного с конкретными страхами [1,4].

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

- При анализе жалоб пациента рекомендуется выделить жалобы, относящиеся к вегетативным проявлениям, сопровождающие приступы страха [1,2,8].

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

## 2.2. Физикальное обследование

- Рекомендуется начать с наружного осмотра, измерения роста, массы тела, уровня физического развития, целостности кожных покровов [4,6].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств - 1)

- Рекомендуется провести пальпацию щитовидной железы [13].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств - 3)

- Рекомендуется измерить пульс и артериальное давление (АД) лежа (после отдыха 5 минут) и стоя (через 3 минуты после вставания). [4,12]

**Уровень убедительности рекомендаций В**(уровень достоверности доказательств - 1)

- Рекомендуется установить отсутствие экзофтальма. [1]

**Уровень убедительности рекомендаций С**(уровень достоверности доказательств - 3)

## 2.3 Лабораторная диагностика

- Рекомендуется провести общий анализ крови с исследованием лейкоцитарной формулы, биохимический анализ крови: общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаратаминотрансфераза (АСТ), билирубин, исследование электролитов крови (натрий, калий, хлор), общий анализ мочи [7;8].

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

- Рекомендуется провести анализ крови на гормоны щитовидной железы: тиреотропный гормон (ТТГ), трийодтиронин (Т3), тироксин (Т4). [6; 7]

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

## 2.4 Инструментальная диагностика

- Рекомендуется проведение электроэнцефалограммы [1;8]

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

- Рекомендуется проведение транскраниальная доплерография (ТКДГ) [1;8]

**Уровень убедительности рекомендаций С**(уровень достоверности доказательств - 3)

- Рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга [3;13]

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

- Рекомендуется проведение электрокардиографии[7;8]

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

## 2.5 Экспериментально-психологическая диагностика

- Рекомендуется использование симптоматических опросников (Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R); Шкала тревоги Бека (The Beck Anxiety Inventory – BAI); Шкала тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS); Интегративный тест тревожности (ИТТ)) [1,3;9].

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

- Рекомендуется использовать методики для психологической структуры личности (Стандартизованный клинический личностный опросник MMPI (адаптированный И.Н. Гильяшевой, Л.Н. Собчик и Т.Л. Федоровой (1982) – полный вариант MMPI); Методика «Я-структурный тест» Г. Аммона (ISTA), И. Бурбиль (2003)) [1,8].

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

- Рекомендуется использовать методики для исследования отдельных индивидуально-психологических особенностей личности (Методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК); Опросник для исследования личностных убеждений «Personal Beliefs Test» (Kassinove H., Berger A., 1984); Многомерная шкала перфекционизма (Multidimensional perfectionism scale – MPS)) [4;7].

### Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3)

- Рекомендуется использовать методики для психологической диагностики факторов риска психической дезадаптации (Методика «Индекс жизненного стиля» (Life style index - LSI); Методика Е. Heim (1988) для определения характера копинг-поведения; Методика совладающего поведения (COPE); Мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne decision making questionnaire, – MDMQ) [4;7;19].

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

- Рекомендуется использовать методики для психологической диагностики системы значимых отношений (Опросник для исследования межличностных проблем (Inventory of Interpersonal Problems (ИИП)); Методика для исследования выраженности внутриличностных конфликтов, разработанная С. Ледером и сотр. (1973)) [2].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3)**

## **2.6 Дифференциальная диагностика**

Тревожно-фобические расстройства необходимо дифференцировать с [4;7]:

обсессивно-компульсивное расстройство;

- посттравматическое стрессовое расстройство;

- генерализованное тревожное расстройство;

- ипохондрическое расстройство;

- аффективные расстройства настроения (эндогенная депрессия, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное расстройство, дистимия);

- соматоформные расстройства;

- шизофрения (приступообразная-прогредиентная, вялотекущая), шизотипическое расстройство;

- расстройства личности (истерическое, ананкастное, тревожное, эмоционально-лабильное);

- эпилепсия;

- резидуально-органические заболевания головного мозга;

- органические заболевания головного мозга;

- гипоталамическое расстройство.

### 3. Лечение

## 3.1 Консервативное лечение

### 3.1.1 Психотерапия

Рекомендации по психотерапии тревожно-фобического расстройства [4;5;13;16;19].

- Рекомендуются антидепрессанты из различных групп, в частности, миртазапин, и малые антидепрессанты (тразодон#, агомелатин#) используются для снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний. С антитревожной целью рекомендовано также применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) [4,5,16].

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

- В качестве препаратов для снятия эмоционального напряжения и снижения интенсивности тревожных нарушений рекомендуется применять бензодиазепиновые транквилизаторы: клоназепам#, альпразолав [4,5].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств - 3).

- Рекомендованы малые нейролептики: сульпирид\*\*#, алимемазин применяются для воздействия на когнитивную составляющую тревожных и фобических нарушений [4,13,19].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств - 3).

- Учитывая отсроченный эффект антидепрессантов для быстрого воздействия на тревожную и фобическую симптоматику рекомендовано применять препараты из группы небензодиазепиновых анксиолитиков (гидроксизин\*\*#, буспирон, этифоксин) [4,5].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств - 3).

- Рекомендуемая длительность фармакотерапии тревожно-фобических расстройств – от 3 до 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии [4,5,16].

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

- Возможные побочные эффекты психофармакотерапии тревожно-фобических расстройств. При применении психотропных препаратов рекомендуется учитывать такие побочные явления как: сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или поносы, тошнота, головные боли, головокружение. В то же время адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов [4;5;13;16;19].

**Уровень убедительности рекомендаций В**(уровень достоверности доказательств - 3).

- Рекомендована оценка эффективности и переносимости терапии проводится на 7-14-28 день психофармакотерапии и далее 1 раз в 4 недели до окончания курса лечения. При непереносимости или недостаточной эффективности проводится коррекция дозировок или смена препарата [4;16;19].

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

### 3.1.2 Психотерапия

*Противопоказания к психотерапевтическому лечению [4;10;11]:*

- 1) *пациенты со страхом перед самораскрытием и сильной опорой на «отрицание» как форму психологической защиты;*
- 2) *пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям;*
- 3) *пациенты с низкой интерперсональной сенситивностью;*
- 4) *пациенты, которые не смогут посещать все занятия;*
- 5) *пациенты, которые не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания, что является существенной частью любой группы;*



*б) пациенты, чьи характерологические особенности не позволят им конструктивно работать в группе 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).*

Рекомендованные психотерапевтические методы:

- Рекомендовано использование релаксационных методов психотерапии - 10-15 сеансов [4;6]

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

- Рекомендовано использование методики биообратной связи - 10 сеансов [4;6]

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

- Рекомендовано использование когнитивно-поведенческой психотерапии -15-20 сеансов [4;9;10;19]

**Уровень убедительности рекомендаций А**(уровень достоверности доказательств - 1)

- Рекомендовано использование личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии - 20 сеансов [4]

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

#### **4. Реабилитация**

- Рекомендуется использовать реабилитационные мероприятия, направленные на укорочение временной утраты трудоспособности пациентов, ранняя социализация в обществе, улучшение качества жизни пациентов [1;3].

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

- Для достижения этих целей рекомендуется использовать социоцентрированные и психоцентрированные психотерапевтические методы [3;4].

**Уровень убедительности рекомендаций С**(уровень достоверности доказательств - 3)

- В качестве специальных видов реабилитации рекомендуются семейная, социально-психологическая, профессиональная [3;4].

**Уровень убедительности рекомендаций С**(уровень достоверности доказательств - 3)

- Как одна из важных форм реабилитационных мероприятий рекомендуется суппортивная психотерапия, которая может проводиться амбулаторно в виде индивидуальной и групповой психотерапии [3;4;10]

**Уровень убедительности рекомендаций С**(уровень достоверности доказательств - 3)

- Рекомендуется диспансерное наблюдения врачом-психотерапевтом или врачом психиатром для коррекции терапии и корректной ее отмены [3;4;6].

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

**5. Профилактика**

- Рекомендовано внедрение принципов здорового образа жизни, мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья среди населения. [4, 11].

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

**6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания**

**6.1 Факторы (предикторы) способствующие затяжному течению**

**Таблица 1. Основные предикторы затяжного течения тревожно-фобических расстройств невротического уровня [4;12;20]**

<p>Предикторы непрерывного течения затяжных форм</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• преморбидная минимальная церебральная дефицитарность;</li> <li>• правосторонний тип функциональной межполушарной асимметрии;</li> <li>• эмоциональное пренебрежение со стороны значимых лиц в родительской семье, что приводит к биопсихосоциальной</li> </ul>
----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

конstellляции, 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, затрагивающих наиболее значимые отношения личности и имеющих сходный (стереотипный) характер
- 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

Психологические 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

Социальные предикторы затяжного течения

### Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
<b>Этап постановки диагноза</b>			
1.	Выполнено клиническое обследование (собраны клиничко-anamnesticheskie, клиничко-психопатологические, клиничко-патогенетические данные)	A	1
2.	Оценен риск суицидального поведения	B	2
3.	Выполнено экспериментально-психологическое обследование	A	1
4.	Выполнен анализ мочи общий Выполнен анализ крови	B	2
5.	биохимический общетерапевтический (общий белок, альбумин, мочеви́на, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспарат аминотрансфераза, билирубин, исследование	B	2

	электролитов крови (натрий, калий, хлор)		
	Выполнено определение уровня тиреотропного гормона и трийодтиронина и тироксина	В	2
6.			
7.	Выполнена электроэнцефалография	В	2
8.	Выполнена транскраниальная доплерография	С	3
<b>Этап лечения</b>			
1.	Проведена психофармакотерапия	А	1
2.	Проведена психотерапия	А	1
3.	Выполнена оценка эффективности и переносимости назначенной терапии (на 7-14-28 день и далее ежемесячно)	А	1
4.	Выполнена смена терапии при отсутствии эффективности или непереносимости терапии	А	1
5.	Достигнуто снижение выраженности избегающего (ограничительного) поведения	В	2
6.	Достигнуто снижение показателей соматической тревоги по шкале тревоги Гамильтона	А	1
7.	Достигнуто снижение показателей психической тревоги по шкале Гамильтона	А	1
8.	Достигнуто улучшение выраженности психопатологических появлений по шкале SCL-90 не менее, чем в средней степени	А	1

**Список литературы**

1. Калинин В.В. Современные представления о феноменологии, патогенезе и терапии тревожных состояний // Социальная и клиническая психиатрия. — 1993. — № 3. — С. 128–142.
2. Казаковцев Б.А., Голланд В.Б. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99) (Класс V МКБ 10, адаптированный для использования в Российской Федерации). /М. : Минздрав России. — 1998. — С. 138–145.
3. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бутома Б.Г., Еричев А.Н., Мельникова Ю.В., Саврасов Р.Г. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 1. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2013. — Т. 23. — № 4. — С.45–50.
4. Караваева Т.А., Васильева А.А., Полторак С.В., Мизинова Е.Б., Белан Р.М. Критерии и алгоритм диагностики тревожно-фобических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2015. №4. — С 117-123.
5. Литвинцев С.В., Успенский Ю.П., Балукова Е.В. Новые возможности терапии тревожных расстройств // Российский психиатрический журнал. — 2007. — № 3.— С. 73–79.
6. Нуллер Ю.Л. Тревога и ее терапия // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — Т. 4. — № 2. — С. 4–6.
7. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. /М. : Экспертное бюро-М. — 1997. — С. 141–153.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. — Arlington: American Psychiatric Association. — 2013.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. — Washington: American Psychiatric Association. — 1994.
10. Beck A. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties // J. of Consulting and Clinical Psychology. — 1988. — Vol. 56. — P. 893–897.
11. Frank C. Weis H. The origins of disquieting discoveries by Melanie Klein: the possible significance of the case of Erna // The International Journal of Psycho-Analysis. — 1996. — Vol. 77, part 6. — P. 1101–1126.
12. Edward J., Ruskin N., Turrini P. Separation/individuation: Theory and application. — New York: Gardner Press, 1991.
13. Goddard A.W., Mason G.F., Almai A. et al. // Arch. Gen. Psychiatry. — 2001. — Vol. 58. — P. 556–561.
14. Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A. Synopsis of Psychiatry. — 1994. — P. 911–912.

15. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in United States: results from the National Comorbidity Survey // Arch. Gen. Psychiatry. — 1994. — Vol. 51. — P. 8–19.
16. Mahler M.S. On human symbiosis and the vicissitudes of individuation // The Psychological birth of the human infant. — N.Y., 1975.
17. Nutt D.J., Mazilia A. // Br. J. Psychiatry. — 2001. — Vol. 179. — P. 390–397.
18. Nutt D.J., Feeney A., Argyropoulos S. Anxiety disorders comorbid with depression: panic disorder and agoraphobia // Martin Dunitz. — 2002. — P. 67–78.
19. Rafferty B.D., Smith R.E., Ptacek J.T. Facilitating and debilitating trait anxiety, situational anxiety, and coping with an anticipated stressor: a process analysis // Pers. Soc. Psychol. — 1997. — Vol. 72 (4). — P. 892–906.
20. Tiihonen J., Kulkka J., Rasanen P. et al. // Mol. Psychiatry. — 1997. — Vol. 6. — P. 463–471.
21. Walley E. J., Beebe D. K., Clark J. L. Management of common anxiety disorders // Am Fam Physician. — 1994. — Vol. 50. — P. 1745–1753.

#### **Приложение А1. Состав рабочей группы**

1. Васильева Анна Владимировна – доктор медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ.
2. Караваева Татьяна Артуровна – доктор медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник, руководитель отделения пограничных психических расстройств и психотерапии Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ.
3. Мизинова Елена Борисовна – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ.
4. Полторац Станислав Валерьевич – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ.

**Конфликт интересов** отсутствует

**Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**

**Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

1. Врачи-психиатры
2. Врачи-психотерапевты
3. Клинические психологи
4. Врачи общего профиля

**Таблица П1 – Уровни достоверности доказательств**

**Уровень достоверности    Источник доказательств**

	Проспективные рандомизированные контролируемые исследования (РКИ)
	Достаточное количество исследований с достаточной мощностью, с участием большого количества пациентов и получением большого количества данных
<b>I (1)</b>	Крупные мета-анализы
	Как минимум одно хорошо организованное РКИ
	Репрезентативная выборка пациентов
	Проспективные с рандомизацией или без исследования с ограниченным количеством данных
	Несколько исследований с небольшим количеством пациентов
<b>II (2)</b>	Хорошо организованное проспективное исследование когорты
	Мета-анализы ограничены, но проведены на хорошем уровне
	Результаты не презентативны в отношении целевой популяции



Хорошо организованные исследования «случай-контроль»

Нерандомизированные контролируемые исследования

Исследования с недостаточным контролем

РКИ с как минимум 1 значительной или как минимум 3  
незначительными методологическими ошибками

**III (3)**

Ретроспективные или наблюдательные исследования

Серия клинических наблюдений

Противоречивые данные, не позволяющие сформировать  
окончательную рекомендацию

Мнение эксперта/данные из отчета экспертной комиссии,  
экспериментально подтвержденные и теоретически  
обоснованные

**IV (4)**

**Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций**

<b>Уровень убедительности</b>	<b>Описание</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>A</b>	Рекомендация основана на высоком уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация I уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия первой линии; либо в сочетании со стандартной методикой/терапией
<b>B</b>	Рекомендация основана на среднем уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация II уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия второй линии; либо при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии. Рекомендуются мониторинг

		побочных явлений
		Нет возражений
		против данного
		метода/терапии или
		нет возражений
		против
		продолжения
		данного
		метода/терапии
<b>С</b>	Рекомендация основана на слабом уровне доказательности (но как минимум 1 убедительная публикация III уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском) <i>или</i>	Рекомендовано при отказе,
	нет убедительных данных ни о пользе, ни о риске)	противопоказании,
		или
		неэффективности
		стандартной
		методики/терапии,
		при условии
		отсутствия
		побочных эффектов
<b>Д</b>	Отсутствие убедительных публикаций I, II или III уровня доказательности, показывающих значительное превосходство пользы над риском, либо убедительные публикации I, II или III уровня доказательности, показывающие значительное превосходство риска над пользой	Не рекомендовано

**Порядок обновления клинических рекомендаций** – пересмотр 1 раз в 3 года

**Приложение А3. Связанные документы**

1. Приказ №1218н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, паническом расстройстве, агорофобии» от 20.12.2012.

2. Приказ №1224н «Об утверждении стандарта первичной медико-социальной помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, паническом расстройстве, агорофобии в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)» от 20.12.2012.

## **Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента**

## **Приложение В. Информация для пациентов**

Что такое тревожные расстройства?

Тревожно-фобические расстройства – это группа заболеваний нервной системы, основным проявлением которых является стойкое чувство страха, возникающие вне реальной опасности в конкретных ситуациях.

Каковы основные симптомы тревожно-фобических расстройств?

Необоснованное чувство страха, возникающее в определенных ситуациях, затруднение дыхания, головокружения, страх смерти или неминуемой катастрофы, боль в груди или в животе, чувство «кома в горле», избегание тревожащих ситуаций, возникновение тревоги при мысли о возможности попадания в подобную ситуацию и пр.

Диагностика тревожно- фобических расстройств.

Обычно диагноз устанавливается после исключения всех болезней, при которых могут наблюдаться похожие симптомы. Диагностикой и лечение тревожно-фобических занимается врач-психотерапевт, психиатр.

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

Лечение тревожно-фобических состояний.

Лечение тревожно-фобических расстройств включает психотерапию и назначение лекарственных препаратов, снижающих чувство страха (анксиолитиков).

Психотерапия включает различные методики, помогающие больному с тревожным расстройством правильно оценивать ситуацию, достигать расслабления во время приступа

тревоги, преодолеть избегающее или ограничительное поведение. 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 тревожно-фобических расстройств включает применение различных средств, воздействующих на тревогу, страх. Лекарства, которые снижают чувство тревоги, называют анксиолитиками (успокоительные средства). Медикаментозное лечение – назначение, коррекция терапии, отмена препаратов осуществляется только врачом-специалистом.

### Приложение Г.

**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				Очень сильно
	нет	<i>Немного</i>	Умеренно	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 не могли сдержать	0	1	2	3	4
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	0	1	2	3	4

перепроверять то, что вы делаете					
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	0	1	2	3	4

что-либо					
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	0	1	2	3	4



сексуальные мысли

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 к методике

1. Соматизация SOM (12 пунктов) – 1 4 12 27 40 42 48 49 52 53 56 58
2. Обсессивность-компульсивность О-С (10 пунктов) - 3 9 10 28 38 45 46 51 55 65
3. Межличностная тревожность INT (9 пунктов) - 6 21 34 36 37 41 61 69 73
4. Депрессивность DEP (13 пунктов) - 14 15 20 22 26 29 30 31 32 54 56 71 79
5. Тревожность ANX (10 пунктов) - 2 17 23 33 39 57 72 78 80 86
6. Враждебность HOS (6 пунктов) - 11 24 63 67 74 81
7. Фобии PHOB (7 пунктов) - 13 25 47 50 70 75 82
8. Паранойяльность PAR (6 пунктов) - 8 18 43 68 76 83
9. Психотизм PSY (10 пунктов) - 7 16 35 62 77 84 85 87 88 90
10. Дополнительные пункты Dopoln (7 пунктов) - 19 44 59 60 64 66 89

### 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 (к-во 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.

### Описание шкал

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 Г2. Шкала Гамильтона для оценки тревоги

### Инструкция и текст

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

1. Тревожное настроение (озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность).
  2. Отсутствует.
  3. В слабой степени.
  4. В умеренной степени.
  5. В тяжелой степени.
  6. В очень тяжелой степени.
- 
1. Напряжение (ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться).
  2. Отсутствует.
  3. В слабой степени.

4. В умеренной степени.
  5. В тяжелой степени.
  6. В очень тяжелой степени.
1. Страхи (боязнь темноты, незнакомых людей, животных, транспорта, толпы, страх оставаться одному).
  2. Отсутствует.
  3. В слабой степени.
  4. В умеренной степени.
  5. В тяжелой степени.
  6. В очень тяжелой степени.
1. Инсомния (затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха сон с чувством разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сновидения).
  2. Отсутствует.
  3. В слабой степени.
  4. В умеренной степени.
  5. В тяжелой степени.
  6. В очень тяжелой степени.
1. Интеллектуальные нарушения (затрудненная концентрация внимания, ухудшение памяти).
  2. Отсутствует.
  3. В слабой степени.
  4. В умеренной степени.
  5. В тяжелой степени.
  6. В очень тяжелой степени.
1. Депрессивное настроение (утрата привычных интересов, утрата чувства удовольствия от хобби, подавленность, ранние пробуждения, суточные колебания состояния).
  2. Отсутствует.
  3. В слабой степени.
  4. В умеренной степени.
  5. В тяжелой степени.

6. В очень тяжелой степени.
1. Соматические симптомы (боли, мышечные подергивания, напряжение, миоклонические судороги, «скрипение» зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус).
  2. Отсутствует.
  3. В слабой степени.
  4. В умеренной степени.
  5. В тяжелой степени.
  6. В очень тяжелой степени.
1. Соматические симптомы (сенсорные — звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара или холода, ощущение слабости, ощущение покалывания).
  2. Отсутствует.
  3. В слабой степени.
  4. В умеренной степени.
  5. В тяжелой степени.
  6. В очень тяжелой степени.
  7. Сердечно-сосудистые симптомы (тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, чувство слабости, частые вздохи, диспноэ).
  8. Отсутствует.
  9. В слабой степени.
  10. В умеренной степени.
  11. В тяжелой степени.
  12. В очень тяжелой степени.
1. Респираторные симптомы (чувство давления или сжатия грудной клетки, ощущение удушья, частые вздохи, диспноэ).
  2. Отсутствует.
  3. В слабой степени.
  4. В умеренной степени.
  5. В тяжелой степени.
  6. В очень тяжелой степени.

1. Гастроинтестиальные симптомы (затрудненное глотание, метеоризм, боль в животе, изжога, чувство переполнения желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диарея, снижение веса тела, запоры).
  2. Отсутствует.
  3. В слабой степени.
  4. В умеренной степени.
  5. В тяжелой степени.
  6. В очень тяжелой степени.
- 
1. Мочеполовые симптомы (учащенное мочеиспускание, сильные позывы на мочеиспускание, аменорея, меноррагия, фригидность, преждевременная эякуляция, утрата либидо, импотенция).
  2. Отсутствует.
  3. В слабой степени.
  4. В умеренной степени.
  5. В тяжелой степени.
  6. В очень тяжелой степени.
- 
1. Вегетативные симптомы (сухость во рту, покраснение кожных покровов, бледность кожных покровов, повышенное потоотделение, головные боли с чувством напряжения).
  2. Отсутствует.
  3. В слабой степени.
  4. В умеренной степени.
  5. В тяжелой степени.
  6. В очень тяжелой степени.
- 
1. 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.).
  2. Отсутствует.
  3. В слабой степени.
  4. В умеренной степени.
  5. В тяжелой степени.
  6. В очень тяжелой степени.

**Жалобы**

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, диарея, 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.

### **Обработка полученных данных**

Опросник построен таким образом, что по семи пунктам измеряется так называемая «соматическая тревога», по другим семи — «психическая тревога».

### **Интерпретация**

0-7 — отсутствие тревожного состояния;

8-19 — симптомы тревоги;

20 и выше — тревожное состояние;

25-27 — паническое расстройство.

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

## **Приложение Г3. Рекомендуемые дозы препаратов, уровень доказательности и сила рекомендаций для лечения тревожно-фобических расстройств**

Препарат	Рекомендуемая доза	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
СИОЗС			
Пароксетин**	20-50	A	1



Флуоксетин**#	20-60	В	2
Сертралин**	50-150	А	1
Флувоксамин#	50-150	В	2
Циталопрам	20-40	В	2
Эсциталопрам	10-20	В	2
Антидепрессанты из других групп			
Миртазапин#	15-30	В	2
#Тразодон	50-300	В	2
#Агомелатин	50-100	В	2
#Венлафаксин	75-225	В	2
Амитриптилин**#	75-150	В	2
Кломипраamil**	75-150	В	2
Мапротилин#	75-150	В	2
Небензодиазепиновые анксиолитики			
Гидроксизин**#	25-50	В	2
Буспирон	10-60	В	3
Этифоксин	50-200	В	2
Золпидем	10-20	С	3
Зопиклон**#	7,5-15	С	3
Бензодиазепины			
Клоназепам#	0,5-2	С	2
Альпразолам	0,25-0,75	В	2
Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин**#	0,5-2	В	2
Диазепам**	10-20	В	2
Лоразепам**	4-8	В	2
Нитразепам**#	10-20	В	2
Нейролептики			
Сультририд**#	200-400	В	2
Алимемазин	10-20	В	2
Тиоридазин	20-40	В	2
Кветиапин#	200-600	В	2