«Утверждаю»

Президент Российского общества психиатров

_____ Н.Г. Незнанов

«24» августа 2021 г.

Клинические рекомендации

Тревожно-фобические расстройства

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:	**F40**
Возрастная группа:	взрослые
Год утверждения:	**2021**

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество психиатров

Оглавление

Оглавление 2

Список сокращений 5

Термины и определения 6

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) 7

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний). 7

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 7

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 9

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) 9

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 10

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 10

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики 14

2.1 Жалобы и анамнез 17

2.2 Физикальное обследование 18

2.3 Лабораторные диагностические исследования 19

2.4 Инструментальные диагностические исследования 20

2.5. Иные диагностические исследования 21

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 24

3.1 Психофармакотерапия 25

3.2 Психотерапия 29

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов 35

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....36

6. Организация оказания медицинской помощи 36

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) 37

Критерии оценки качества медицинской помощи 39

Список литературы.....40

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций 59

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....61

Приложение Г1-Г15. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....64

Приложение Г1. Шкала М. Гамильтона для оценки тревоги.....64

Приложение Г2. Опросник выраженности психопатологической симптоматики.....68

Приложение Г3. Интегративный тест тревожности – ИТТ.....77

Приложение Г4. Методика оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина 83

Приложение Г5. Шкала тревоги А. Бека.....89

Приложение Г6. Шкала самооценки тревоги Д. Шихана.....91

Приложение Г7. Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI) 93

Приложение Г8. IchStrukturTestnachG.Ammon – методика «Я-структурный тест» Г. Аммона (1978) (ISTA) 94

Приложение Г9. Методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК) 95

Приложение Г10. «PersonalBeliefsTest» (KassinoveH., BergerA., 1988) - Опросник для исследования личностных убеждений 96

Приложение Г11.Life style index – методика «Индекс жизненного стиля» (LSI) 97

Приложение Г12. Стратегии совладающего поведения (СПП). 98

Приложение Г13. Мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne decision making questionnaire, – MDMQ.....99

Приложение Г14. Опросник невротической личности KON-2006.....100

Приложение Г15. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25).....102

Список сокращений

ИТТ - интегративный тест тревожности

МКБ – международная классификация болезней

РКИ – рандомизированные клинические исследования

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ТФР – тревожно-фобические расстройства

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.) IchStrukturTestnachG.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 Multihasic 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

** – препарат входи в список «Жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты»

- в инструкции по применению не указанно данное заболевание или расстройство

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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.

Фобия — симптом, сутью которого является иррациональный неконтролируемый страх или устойчивое переживание излишней тревоги в определённых ситуациях или в присутствии (ожидании) некоего известного объекта, характерной чертой также является предметность, направленность страха на тот или иной объект, его сюжетность и фабулированность.

Агорафобия происходит от греческого корня «агора», означающего место строения, строение, рынок; вторая часть – «фобос» значит страх, ужас. Впервые этот термин был применен Westphal (1871) для описания «невозможности пройти по определенным улицам или площадям, или возможность выполнить это только в состоянии страшнейшей тревоги». В настоящее время агорафобия используется для обозначения страха перед выходом на улицу, площадь, в общественные места, магазины, транспорт, «вовне».

Социальная фобия - выраженный страх одной или нескольких ситуаций, связанных с действиями в присутствии других людей и/или страх предполагаемой негативной оценки (критики, насмешки) со стороны других в относительно малых группах, но не толпе

Изолированная (специфическая) фобия – навязчивый страх конкретных строго ограниченных ситуаций или предметов.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

Тревожно-фобические расстройства (ТФР) – группа расстройств, в клинической картине которых преобладает предметная тревога, страх определенных ситуаций или объектов (внешних по отношению к субъекту), не представляющих реальной опасности. В результате, больной старается избегать таких ситуаций, или вынужден, оказавшись в них, преодолевать чувство страха. Как правило,переживая страх в провоцирующей обстановке, ситуации, пациенты пытаются сопротивляться ему, ослаблять его интенсивность, искать способы борьбы с ним, используя различные приемы и отвлечения. [1,2,3,4].

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

Среди факторов риска развития ТФР выделяют:

- психологические факторы – общая негативная аффективность, склонность к переживанию негативных эмоций и тревожная сенситивность. С раннего детства проявляются личностные особенности в видеробости и боязливости, повышенной впечатлительности, нерешительности.

Имеется данные о связи социальных фобий с биологическими особенностями, темпераментом; когнитивным стилем; системой воспитания; опытом отношений со сверстниками, в референтной группе такие лица чувствовали себя неуютно, незащищенно, отличались обидчивостью, плаксивостью, плохой переносимостью критики, шуток, насмешек, особенно со стороны значимых лиц; неблагоприятными жизненными событиями; культуральными особенностями. Высокий уровень социальной тревожности связывают с недостатком социальных навыков и негативной самооценкой [2,5,6,7].

- социальные факторы – наличие психотравмирующих событий в детстве (эмоциональная депривация или смерть одного из родителей). Кроме того, пациенты с тревожно-фобическими расстройствами указывают как на дефицит эмоционального тепла, так и на гиперпротекцию в семейном анамнезе. В исследованиях показана связь между типом привязанности ребенка к его родителям и социальной тревожностью. Сформированный в раннем детстве тип привязанности детерминирует базовое чувство безопасности и влияет на восприятие интерперсональных отношений и формирование

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

глубинных убеждений индивида о себе и окружающем мире, создает предпосылки для недоверия, беспокойства. Амбивалентная привязанность возникает в результате непредсказуемого противоречивого поведения значимого лица, осуществляющего уход. Избегающий тип привязанности формируется вследствие игнорирования эмоциональных потребностей и личностных качеств ребенка в отношениях с лицом, осуществляющим уход. К примеру, родители реагируют возмущением, когда ребенок «не оправдывает их ожиданий», обижаются на отказные ответы детей.

Высокий уровень социальной тревожности связан также с гиперопекающим, интрузивным типом поведения матери. А также ее развитию способствует неблагоприятный социальный опыт, включающий запугивание, отвержение, издевательства и пренебрежение. Пациенты с социальной тревожностью склонны к т.н. «безопасному» поведению – сосредоточены на прогнозировании возможного ущерба, постоянному избегаю возможных неприятных ситуаций, что в свою очередь способствует преодолению тревоги. «Поведенческое торможение» является одним из ранних показателей социальной тревожности, которая в дальнейшем может перейти в определенные личностные качества (низкая экстраверсия и высокий нейротизм) и развитие дезадаптивных когнитивных схем[2,6,7,8,9, 10].

- когнитивная модель основана на информационной модели человеческой психики и изучении дисфункциональных убеждений пациентов с ТФР относительно себя, окружающего мира и поведения других людей. А «безопасное» избегающее поведение не позволяет пациентам с фобиями усомниться в своем искаженном восприятии[2,6,8,11].

- генетические и физиологические факторы – ТФР относятся к полигенным мультифакторным заболеваниям, активно ведется изучение генетических полиморфизмов (множества генетических вариантов), отвечающих за манифестацию ТФР. 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%. Исследования близнецов показали, что социальная тревога имеет наследственную основу, общую с нейротизмом и экстраверсией, но генетические исследования еще не продемонстрировали доказательных вариантов риска. Современные нейробиологические исследования указывают на заинтересованность некоторых базальных ганглиев миндалевидно-гиппокампального комплекса, верхней височной борозды, префронтальной и теменной коры, дорсального стриатума. В качестве биомаркеров рассматривается изменение количества белого вещества мозга в определенных мозговых трактах, отвечающих за познавательные функции и аффективную

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

регуляцию. Однако большинство исследований подчеркивает, что в развитии ТФР имеет значение сочетание генетических и средовых факторов, роль каждого из которых и их соотношение не всегда очевидны [13, 14, 15,16,17,18,19,20,21] .

- имеются исследования, подтверждающие роль воспаления в развитии нарушений, отмечались повышенные концентрации воспалительных маркеров, в том числе цитокинов и С-реактивного белка, которые связывают с активацией стрессовой реакции центральных и периферических иммунных клеток, высвобождением цитокинов [22].

- социальная тревожность дополнительно характеризуется повышенной реакцией кортизола и более низким уровнем тестостерона. Эти нейроэндокринные изменения связаны с функционированием связей в области амигдала-префронтальная кора[10].

- 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 заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

ТФР встречаются с частотой 5-12%. Большинство фобических расстройств, кроме социальных фобий, чаще встречается у женщин. Соотношение женщин и мужчин при агорафобии – 4:1; при социофобии – 1:1; .при специфических (изолированных) фобиях 2:1. Распространенность в течение жизни (% населения) агорафобии– 1,6%; социофобий – 3-13%. специфических (изолированных) фобий – 7,2-11,3%. Среди специфических фобий наиболее распространены страхи высоты и животных. Хотя специфические фобии часто начинаются в детском возрасте, их частота достигает пика в среднем и пожилом возрасте. Фобии сохраняются в течение нескольких лет или даже десятилетий в 10-30% случаев и являются предиктором возникновения других расстройств: тревоги, настроения и употребления психоактивных веществ[4, 23, 24, 25,26,27,28,29].

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

F40 – Тревожно-фобические расстройства

F40.0 – Агорафобия

.00 – без панического расстройства

.01 – с паническим расстройством

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

F40.1 – Социальные фобии

F40.2 – Специфические (изолированные) фобии

F40.8 – Другие тревожно-фобические расстройства

F40.8 – Фобическое тревожное расстройство неуточненное

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Классификация тревожно-фобических расстройств

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 (например, игл, медицинских процедур)
   4) Ситуаций (например, страх самолетов, лифтов, помещений)
   5) Другой тип фобий [29,30,31,32]

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

В клинической картине ТФР 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.

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 антиципационную тревогу [1,2,29,33,34,35].

К наиболее частым типам тревожно-фобических расстройств относят агорафобию. Это довольно хорошо очерченная группа фобий, включающая боязнь остаться без какой-либо помощи вне дома, в толпе, общественных местах, в одиночестве, при переездах, в транспорте, метро, поездах, автобусе, самолете, на мостах и др. Несмотря на то, что интенсивность тревоги и выраженность избегающего поведения различны, это наиболее

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

дезадаптирующее из фобических расстройств, приковывающее некоторых пациентов к дому, поскольку они подчас не могут выходить на улицу из-за страхов. В некоторых случаях им это удается в сопровождении близких, которых они считают надежными в ситуации, когда может понадобиться помощь. У лиц с преобладанием истероидного радикала в личностной организации симптоматика может носить демонстративный, манипулятивный характер, заставляя окружающих выполнять желания и капризы пациента. При агорафобии тревога ограничена следующим ситуациями: толпа, общественные места, передвижения вне дома, путешествие в одиночестве. Избегание фобических ситуаций значительно выражено, вплоть до полного отказа. Пациент в полной мере осознает содержание своего страха, попытки пересилить себя обычно или не дают результата или переносятся с большим дискомфортом. В некоторых случаях пациент выбирает компромиссное поведение, например, при необходимости передвижения выбирает не общественный транспорт, а такси, при страхе общественных мест, стремится покупать продукты не в больших супермаркетах, а в маленьких магазинах[1,2,29,36,37,38,39,40,41].

Другой частой формой тревожно-фобического расстройства являются социальные фобии, представляющие одну из форм нарушения межперсонального взаимодействия. Страх внимания, негативной оценки со стороны других людей в большинстве случаев носит иррациональный характер и формируется часто в подростковом возрасте, когда негативная обратная связь и комментарии со стороны окружающих воспринимаются особенно остро. Пациент боится, в случае попадания в центр внимания, негативной реакции со стороны окружающих и фиксирован на этом. Даже в ситуациях, когда другие люди объективно не обращают на него внимание, ему кажется, что взгляды прикованы к нему и оценка его поведения или внешности исключительно негативная, презрительная или насмешливая. Данное расстройство одинаково часто возникает у мужчин и у женщин. Кроме страха оказаться просто в центре внимания нередко встречается страх повести себя не так, не справиться с заданием, совершить смешной или глупый поступок, сказать нелепость, быть осмеянным. На фоне тревожных переживаний возникают вегетативные симптомы, которые еще больше усугубляют состояние пациента. Частыми симптомами являются покраснение лица (что может формировать специфический страх покраснения на публике – эрейтофобию), шеи, дрожание рук, голоса, потливость, ощущение дурноты, головокружение. Пациенту кажется, что окружающие в подробностях замечают и негативно оценивают все его соматовегетативные проявления тревоги и это усиливает беспокойство, возникает замкнутый круг. Среди симптомов также отмечается урчание в

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

животе, тошнота, страх рвоты, позывы или страх мочеиспускания или дефекации. Страх может быть изолированным (например, только страх приема пищи в присутствии других людей, публичных выступлений, встреч с определенным кругом знакомых) или генерализованным, включающим почти все социальные ситуации вне семейного круга. Очевидно, что в таком случае возникает существенное нарушение социального функционирования, мешающее строить личные отношения, общаться, учиться, заниматься профессиональной деятельностью. При самых выраженных проявлениях формируется социальная изоляция. Появление симптомов тревоги возникает только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх, или при мыслях о них. Перед триггерной ситуацией, социальным взаимодействием пациенты с социальной фобией представляют в деталях все то, что им кажется может произойти. Вслед за этим возникает тревога, их сознание переполняется образами прошлых неудач, негативными представлениями о себе, предчувствиями о возможных провалах и отвержениях. Подобные размышления приводят к избеганию ситуации межперсонального взаимодействия. Если же социальное событие все же произошло, пациенты с социальной фобией анализируют его малейшие детали, акцентируясь на тех, которые подтверждают негативную схему, таким образом, событие всегда воспринимается более негативно, чем оно было на самом деле. Обычно формированию социальной фобии предшествует низкий уровень социальных навыков, заниженная самооценка и боязнь критики. В анамнезе у таких пациентов нередко можно встретить неудачный опыт взаимоотношений в школьном коллективе, отвержение сверстниками, издёвки со стороны педагогов. В родительских семьях также отношение к ребенку способствует формированию заниженных представлений о себе[1,2,29,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54].

В качестве третьей большой группы тревожно-фобических расстройств выделяют специфические (изолированные) фобии – психопатологические расстройства, характеризующиеся наличием страха относительно определенного объекта или действия. Часто страх ассоциирован с конкретным объектом, являвшимся причиной реальной или воображаемой опасности в прошлом. Роль пускового механизма при специфической фобии выполняет изолированная ситуация, попадание в нее может вызвать ужас, панику, как при агорафобии или социальной фобии. В момент страха отмечаются яркие вегетативные проявления. Соответственно формируется выраженное избегание таких ситуаций. Необходимо отметить, что страх носит иррациональный характер и не соответствует реальной опасности объекта или ситуации. Определяется значительное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или из-за стремления избежать ситуаций,

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

при этом присутствует критика, понимание, что фобические переживания чрезмерны или необоснованы. Страх фобических объектов не обнаруживает тенденции к колебаниям интенсивности, в противоположность агорафобии. Объекты страха иногда появляются в тревожных, кошмарных сновидениях. Выделяют страх объекта (например, животного, насекомого) и страх определенной ситуации (например, высоты, грома, темноты, закрытого пространства, рвоты, мочеиспускания или дефекации, употребления определенных пищевых продуктов, лечения зубов, вида крови или травмы) с необходимостью их избегать. К этой же диагностической категории относятся и нозофобии - страх заболеть, чаще всего это лучевая болезнь, онкологическое заболевание, венерические инфекции, остановка сердца, синдром приобретенного иммунодефицита, гепатит С и другие. Специфические (изолированные) фобии чаще возникают в детстве или юношеском возрасте и могут существовать десятилетиями. Снижение адаптации зависит от того, насколько легко больной может избегать фобической ситуации. Для достоверного диагноза необходимо убедиться, что психологические или вегетативные симптомы являются первичными проявлениями тревоги, а не вторичными по отношению к другим симптомам, таким как бред или навязчивые мысли; тревога должна ограничиваться определенным объектом или ситуацией; фобическая ситуация избегается, когда только это возможно [1,2,29,55,56,57,58,59,60,61,62,63].

Принятие критерия, что фобический объект или ситуация являются внешними по отношению к субъекту, подразумевает, что многие страхи наличия какого-либо заболевания (нозофобия) или уродства (дисморфофобия) теперь классифицируются в рубрике F45.2 (ипохондрическое расстройство). Однако если страх заболевания возникает и повторяется, главным образом, при возможном соприкосновении с инфекцией или загрязнении или является просто страхом медицинских процедур (инъекций, операций и т.д.), либо медицинских учреждений (стоматологических кабинетов, больниц и т.д.), в этом случае подходящей будет рубрика F40.0 (обычно – F40.2, специфические (изолированные) фобии)[1,2,29,32].

Часто фобическая тревожность и депрессия возникают одновременно. Решение о постановке двух диагнозов (тревожно-фобическое расстройство и депрессивный эпизод) или только одного принимают с учетом степени преобладания одного расстройства над другим, а также последовательности их возникновения. Если критерии для депрессивного расстройства существовали еще до того, как впервые появились фобические симптомы, тогда первое расстройство диагностируют как основное[1,2,29,32].

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

К тревожно-фобическим расстройствам в качестве коморбидных нарушений часто присоединяются панические расстройства, депрессивные расстройства, нарушения пищевого поведения, обсессивно-компульсивные расстройства, алкогольная зависимость и зависимость от седативных препаратов, суицидальное поведение [1,2,29,64,65,66,67,68,69,70,71,].

ТФР рекомендовано дифференцировать со следующими заболеваниями [1,2,3,29,67,68,69,70,71]:

- 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.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)

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

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

F40 Тревожно-фобические расстройства.

F40.0 Агорафобия.

А. Отчетливый и постоянно появляющийся страх, по меньшей мере, в двух из следующих ситуаций, или их избегание:

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

1. толпы;
2. публичных мест;
3. путешествия в одиночку;
4. передвижения вне дома.

Б. С начала заболевания хотя бы в одном случае должны быть представлены одновременно не менее чем два симптома тревоги в пугающих ситуациях, причем один из них должен относиться к пунктам 1-4 нижеследующего списка:

Вегетативные симптомы:

1. сильное или учащенное сердцебиение;
2. потливость;
3. дрожание или тремор;
4. сухость во рту (но не из-за лекарств или обезвоживания);

Симптомы, относящиеся к телу:

5. затруднения дыхания;
6. чувство удушья;
7. дискомфорт или боли в грудной клетке;
8. тошнота или неприятное ощущение в животе (например, жжение в желудке);

Симптомы, относящиеся к психическому состоянию:

9. чувство головокружения, неустойчивости, обморочности;
10. чувство, что предметы нереальны (дереализация), или что собственное Я отдалилось или «по настоящему находится не здесь» (деперсонализация);
11. страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти;
12. страх умереть;

Общие симптомы:

13. приливы или чувство озноба;
14. онемение или ощущение покалывания.

В. Значительный эмоциональный дистресс из-за стремления избежать ситуации или симптомов тревоги, при этом больной осознает, что они чрезмерны или необоснованы.

Г. Появление симптомов тревоги только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх или при мыслях о них.

Д. Наиболее часто употребляемые критерии исключения. Страх или избегание ситуаций (критерий А) не определяется бредом, галлюцинациями или другими расстройствами, такими как органическое психическое расстройство (F00-F09), шизофрения и связанные с ней расстройства (F20- F29), аффективные расстройства (F30-F39), или обсессивно-

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

компульсивные расстройства (F42.-), и не вытекают из культуральных верований и традиций.

Наличие или отсутствие панических расстройств (F41.0) в большинстве случаев агорафобии могут быть дополнительно определены с использованием пятого знака:

F40.00 без панического расстройства

F40.01 с паническим расстройством

Варианты для оценки тяжести

Тяжесть в F40.00 может оцениваться указанием на степень избегания пугающих ситуаций, принимая во внимание специфические культуральные условия. Тяжесть в F 40.01 может оцениваться путем подсчета приступов паники.

F40.1 Социальные фобии

А. Должен присутствовать один из следующих признаков:

1. выраженный страх оказаться в центре внимания или страх повести себя так, что это вызовет смущение или унижение;
2. выраженное избегание пребывания в центре внимания или ситуаций, связанных со страхом повести себя так, что это вызовет смущение или унижение.

Эти страхи проявляются в социальных ситуациях, таких как прием пищи или общение в общественных местах, случайная встреча знакомых лиц на публике, пребывание в небольших группах (например, на вечеринках, собраниях, в классной комнате).

Б. В то или иное время после начала расстройства должны обнаруживаться минимум два симптома тревоги в пугающих ситуациях, как это определяется критерием Б в F40, а также один из следующих симптомов:

1. покраснение и «дрожь»;
2. страх рвоты;
3. позывы или страх мочеиспускания или дефекации.

В. Выраженное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или стремления избегнуть ситуаций и осознание, что беспокойство чрезмерное или необоснованное.

Г. Появление симптомов тревоги только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх, или мысли о них.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы, перечисленные в критериях А и Б не обусловлены бредом, галлюцинациями или другими расстройствами,

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

такими как органическое психическое расстройство (F00-F09), шизофрения и связанные с ней расстройства (F20-F29), (аффективные) расстройства настроения (F30-F39) или обсессивно-компульсивное расстройство (F42.-) ,и не являются вторичными по отношению к культуральным верованиям и традициям.

F40.2 Специфические (изолированные) фобии.

А Любой из следующих признаков:

1) выраженный страх специфических предметов или ситуаций, не относящихся к агорафобии (F40.0) или социальной фобии (F40.1),
2) выраженное избегание специфических предметов или ситуаций, не относящихся к агорафобии (F40.0) или социальной фобии (F40.1).

Среди наиболее обычных — страх животных, птиц, насекомых, высоты, грома, полета, маленьких замкнутых пространств, вида крови или ран, инъекций, стоматологов, больниц.

Б. Симптомы тревоги в пугающих ситуациях, как они определены критерием Б в F40.0, должны проявляться в то или иное время с начала заболевания.

В. Значительное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или из-за стремления избежать ситуаций и осознание, что они чрезмерны или необоснованы.

Г. Появление симптомов тревоги только в ситуациях, вызывающих страх, или при мыслях о них.

При желании специфические фобии могут быть подразделены следующим образом:

— животных (например, страх насекомых, собак)

— естественных природных сил (например, страх ураганов, воды);

— крови, инъекций, травм;

— ситуаций (например, страх лифтов, туннелей)

— другой тип фобий.

2.1 Жалобы и анамнез

Основные жалобы: тревога, фобии, страх смерти (танатофобия), страх остановки сердца, страх инсульта, страх конкретного заболевания, страх сойти с ума (потерять контроль над собой), страх открытых пространств, страх оказаться в беспомощном состоянии, страх в социальных ситуациях, страх межличностного общения, страх внимания со стороны окружающих, изолированные страхи в конкретных

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

ситуациях, соматовегетативные нарушения, ограничительное (избегающее) поведение [6,14].

- При опросе пациентов с жалобами на тревогу, страхи рекомендуется обратить внимание на связь приступов тревоги с конкретными ситуациями, не вызывающими реальной опасности с целью верификации диагноза [1,2,3,4,29,36,40,41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)

- При сборе анамнеза у пациентов с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями рекомендуется установить наличие ограничительного и избегающего поведения, связанного с конкретными страхами с целью верификации диагноза, оценки тяжести состояния и определения стратегии терапии [1,2,3,4,29,40,41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- При анализе жалоб пациентов с тревогой и страхом, связанными с конкретными объектами или ситуациями рекомендуется выделить жалобы, относящиеся к вегетативным проявлениям, сопровождающим приступы страха в целях оценки состояния и подбора терапии [1,2,3,4,29,40,41,43].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)

- При сборе анамнеза у всех пациентов с ТФР необходимо оценить суицидальный риск с целью дифференциальной диагностики состояния, определения вида и объема психиатрической помощи [1,2,3,4,29,40,41,43]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

2.2 Физикальное обследование

- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, физикальное обследование рекомендуется начать с наружного осмотра, измерения роста, массы теля, уровня физического развития, целостности кожных покровов пациента с целью исключения соматических заболеваний, выявления следов самоповреждающего поведения, оценки соматического статуса [1,2,3,4,29,40, 41, 43, 58].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, рекомендуется провести пальпацию щитовидной железы для исключения патологии щитовидной железы [1,2,3,4,29,40, 41, 57]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, 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 [1,2,3,4,29,40,41,59].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, рекомендуется установить отсутствие экзофтальма для исключения патологии щитовидной железы [1,2,29]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

2.3 Лабораторные диагностические исследования

На текущий момент не существует каких-либо лабораторных методов диагностики ТФР. Основная цель лабораторных обследований - исключение соматических заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ТФР.

- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, рекомендуется провести общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, анализ мочи общий для исключения соматической патологии и для оценки рисков развития побочных эффектов при приеме психофармакологической терапии [1,2,3,29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, рекомендуется провести анализ крови для оценки функции щитовидной железы: 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. [1,2.,3,29].

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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.*

2.4 Инструментальные диагностические исследования

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

- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, рекомендуется проведение электроэнцефалографии для оценки биоэлектрических потенциалов головного мозга и исключения пароксизмальных состояний [1,2,3,29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, рекомендуется проведение дуплексного сканирования транскраниального артерий и вен для исключения сосудистой патологии[1,2,3,29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии головного мозга для исключения органического поражения головного мозга[1,2,3,29].

Комментарии: *МРТ головного мозга рекомендуется для первичных пациентов, которые ранее не подвергались этим исследованиям, или при наличии клинических или анамнестических показаний.*

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, рекомендуется проведение электрокардиографии для оценки соматического состояния, исключения сердечно-сосудистой патологии [1,2,3,29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

2.5. Иные диагностические исследования

Клинико-психологическое психодиагностическое исследование *ТФР являются заболеваниями, в патогенез и клинические (клинико-психопатологические и клинико-психологические) проявления которого, большой вклад вносят психологические факторы, а эффективным методом лечения является психотерапия. Основываясь на биопсихосоциальной концепции понимания психических расстройств, важным представляется привлечение медицинских психологов в полипрофессиональные бригады для участия в проведении лечебно-диагностических мероприятий с целью определения сохранных и нарушенных вследствие болезни индивидуально-психологических особенностей пациента, выделения мишеней 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 ТФР 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-

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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 ТФР 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).

- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, рекомендуется использование психометрических шкал и симптоматических опросников для оценки уровня тревоги и ее динамики The Hamilton AnxietyRatingScale – Шкала тревоги Гамильтона (HARS) (Приложение Г1);для оценки выраженности клинических проявлений могут применяться Symptom Check List-90- Revised – Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (Приложение Г2); Интегративный тест тревожности (ИТТ) (Приложение Г3); State-TraitAnxietyInventory – Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI) (Приложение Г4); The BeckAnxietyInventory –Шкала тревоги Бека (BAI) (Приложение Г5); SheehanAnxietyScale – Шкала тревоги Шихана (ShARS) (Приложение Г6),[1,2,3,29,72].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств5)

Комментарии: *Приведенная методика является психометрическим(симптоматическим) опросником, который позволяет оценить объективно характер и выраженность клинической симптоматики, ее динамику, эффект от проводимого лечения.*

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Более полно психологическая диагностика проводится 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 пациенту осуществляется медицинским психологом индивидуально в зависимости от задач 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.

При необходимости быстрой оценки динамики состояния используется Clinical global impression scale – шкалы глобального клинического впечатления (CGI).

Наиболее часто применяемые методики для исследования психологической структуры личности: (Minnesota MultiphasicPersonalityInventory) - Стандартизованный клинический личностный опросник (MMPI) (в адаптации Собчик Л.Н. с соавт. (1970) – полный вариант MMPI)(Приложение Г 7) *[2,29 151]; IchStrukturTestnachG.Ammon – методика «Я-структурный тест» Г. Аммона, (1978) (ISTA))* (Приложение Г8) *[2,29,152]*.

Наиболее часто применяемые методики для исследования отдельных индивидуально-психологических особенностей личности: (Методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК)(Приложение Г9) *[2,29, 153]; Опросник для исследования личностных убеждений «Personal Beliefs Test» (Kassinove H., Berger A., 1984)* (Приложение Г10) *[2,29, 154]*

Наиболее часто применяемые методики для психологической диагностики факторов риска психической дезадаптации: (Life style index – методика «Индекс жизненного стиля» (LSI)(Приложение Г11) *[2,29, 155].]; Методика "Стратегии совладающего поведения" Р.Лазаруса (WCQ, FolkmanS., LazarusR., 1988)*(Приложение Г12) *[2,29, 156]*.

Мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne decision making questionnaire, – MDMQ) (Приложение Г13) *[2,29 157]*.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Наиболее часто применяемые методики для психологической диагностики системы значимых отношений:

Опросник невротической личности KON-2006 (Aleksandrowicz J., и др., 2006) (Приложение Г14) *[2,29, 158]*

Для исследования приверженности лечению используют методику: Российский универсальный опросник количественной приверженности лечению (КОП-25)(Приложение Г15) *[2,29, 159]*.

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

Данные современных научных исследований показывают приоритет применения по степени эффективности психотерапии при лечении ТФР. Некоторые исследования подтверждают эффективность как психофармакотерапии (препараты из групп селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, производных бензодиазепина, анксиолитиков, антипсихотических препаратов и др.), так и психотерапии (когнитивно-поведенческой, динамической, релаксационной и др.). В отношении тревожно-фобических расстройств исследований эффективности фармакологических препаратов меньше, чем в отношении панического и генерализованного тревожного расстройств. Полученные данные в отношении многих препаратов показывают умеренную их эффективность при ТФР. Имеются исследования, показывающие эффективность сочетанного применения психофармакотерапии и психотерапии. В лечении тревожно-фобических расстройств психотерапия зачастую имеет ведущую роль. Выбор стратеги терапии и соотношение психофармакотерапии и психотерапии зависят от проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, установок и ожиданий 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 [72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87].

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

3.1 Психофармакотерапия

Поскольку РКИ, организованные для оценки эффективности препаратов в лечении ТФР, проводились для наиболее распространенных вариантов фобий, без учета особенностей клинического течения, то имеются определенные сложности в применении их результатов при реализации персонализированного подхода в медицине

- Пациентам с ТФР рекомендуется назначать антидепрессанты из различных групп с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний. [72,73,76,77,78,81,90, 137].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *после установления диагноза в качестве первого курса целесообразно назначать препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина:* пароксетин** 20-50 мг/сут [76], #тразодон 50-300 мг/сут[76], эсциталопрам 10-20 мг/сут; #миртазапин 15-30 мг/сут [73], #агомелатин 50-100мг/сут** [73,137]. *Препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина доказали свою эффективность в отношении рецидивов, но уровень доказательств был умеренного качества. Имеются данные об эффективности моноаминооксидазы ингибиторов (тип А), хотя доказательства имеют недостаточно высокий уровень качества. Вариант лечения следует выбирать индивидуально для каждого пациента с учетом психотропного и соматотропного действия препарата, возможных нежелательных явлений, психического и соматического статуса пациента, клинических характеристик заболевания. Терапия этими препаратами начинается с минимальных дозировок и постепенно титруется до терапевтических; анксиолитический эффект антидепрессантов развивается индивидуально в течение 2-8 недель. Поэтому на первом этапе лечения целесообразно применять комбинацию с производными бензодиазепина, особенно при выраженной интенсивности фобических переживаний;*

К преимуществам антидепрессантов относятся хороший профиль эффективность-переносимость-безопасность, возможность однократного приема, наличие долговременного эффекта от терапии; к недостаткам - отсроченный эффект, возможный анксиогенный эффект в начале приема, необходимость титрации дозировки, негативное влияние на сексуальную функцию;

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Рекомендуется предупредить пациента о возможном развитии побочных эффектов в начале приема антидепрессантов для обеспечения комплаенса. В первые недели приема целесообразно наблюдать за больным, оценивая суицидные 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 [72, 160].

- Пациентам с ТФР рекомендуется назначать производные бензодиазепина: #клоназепам 0,5-3 мг/сут, алпразолам 0,25-10 мг/сут с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний[72,73,76,77,78,80,81,91,92].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии:

Эти препараты назначаются коротким курсом и могут быть препаратами первой линии в случаях кратковременного дистресса, к примеру, при аэро или дентофобии.

Преимуществами производных бензодиазепина являются быстрый эффект, хорошая переносимость, широкое терапевтическое окно – безопасность при передозировке;

перед назначением этой группы препаратов должен быть хорошо собран наркологический анамнез. Нецелесообразно их назначать 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 рекомендуемые 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. При назначении в комбинированной терапии вместе с антидепрессантами предпочтительно их назначать на первые недели терапии до начала эффективного действия антидепрессантов и потом отменять. Более длительная терапия производными бензодиазепина возможна при наличии

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

резистентности к другим видам терапии. В качестве нежелательных явлений чаще всего отмечается седация, головокружение, нарушение координации, нарушение концентрации внимания, нарушение памяти, формирование зависимости и толерантности к препаратам. Нет доказательных исследований об эффективности бромдигидрохлорфенилбензодиазепина. Однако в российской медицинской практике он традиционно применялся для лечения тревожных расстройств и купирования фобических приступов.

*При назначении производных бензодиазепина следует учитывать период полувыведения при решении вопроса кратности приема и 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).*

- Пациентам с ТФР с недостаточным ответом на монотерапию рекомендуется назначать антипсихотические препараты с целью снижения интенсивности сенестопатических ощущений, психовегетативных нарушений, ипохондрической фиксации: #алимемазин 10-20 мг/сут, #хлорпротиксен 15-100 мг/сут, сульпирид** 200-400 мг-сут, #оланзапин** 2,5-20 мг/сут (адьювантная терапия), #арипипразол 10-15 мг/сут, #рисперидон** 0,5 - 6 мг/сут, #кветиапин** 25-300 мг/сут с целью снижения тревоги, интенсивности фобических переживаний и воздействия на когнитивную составляющую тревожных и фобических нарушений [72,73,76,77,81,93, 138, 139].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии:

Комбинированная терапия рекомендуется при недостаточном ответе на монотерапию, при высокой представленности сенестопатического компонента, что часто встречается при нозофобиях при затяжном течении ТФР, при наличии сверхценной ипохондрической фиксации, выраженных психовегетативных нарушениях.

В большей части исследований изучалась эффективность антипсихотических препаратов в отношении ТФР при их сочетании с антидепрессантами с целью увеличения эффективности проводимой терапии. Некоторые исследования показали спорные результаты в отношении кветиапина, оланзапина.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

- Пациентам с ТФР рекомендуется назначать #прегабалин ** 300-600 мг\сут с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний [73,76,77,78,80,81,94,95].

Уровень убедительности рекомендаций А(уровень достоверности доказательств 1)

- Пациентам с ТФР рекомендуется назначать противоэпилептические препараты с целью снижения тревоги, интенсивности фобических переживаний [2,73,76,78-81, 140-150].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *имеются исследования, подтверждающие некоторую эффективность #габапентина 900-3600 мг/сут в отношении ТФР [146].*

- Пациентам с ТФР, учитывая отставленный эффект антидепрессантов, для быстрого воздействия на тревожную и фобическую симптоматику рекомендовано применять препараты из группы анксиолитиков (гидроксизин**, буспирон, этифоксин) [2,72,73,76,78,79,80,81].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: *в научной литературе имеются данные как об эффективности препаратов данной группы, так и неэффективности в лечении ТФР. В связи с этим, целесообразно использовать эти препараты в сочетании с антидепрессантами.*

- Для пациентов с ТФР рекомендуемая длительность фармакотерапии – от 6 до 12 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии с целью стабилизации эффекта и профилактики рецидивов[2,72,73,76,78,79,80,81].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- У пациентов с ТФР при применении психотропных препаратов рекомендуется оценивать следующие 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 и др. в рамках персонализированного подхода с целью снижения вероятности развития побочных эффектов и осложнений от проводимой терапии [2,72,73,76,78,79,80,81].

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: *в то же время адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов.*

- Пациентам с ТФР при применении психотропных препаратов рекомендована оценка эффективности и переносимости терапии, которая проводится на 7-14-28 день психофармакотерапии и далее 1 раз в 4 недели до окончания курса лечения с целью своевременной коррекции проводимого лечения. При непереносимости или недостаточной эффективности проводится коррекция дозировок или смена препарата [2,72,73,76,78,79,80,81].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

3.2 Психотерапия

Психотерапия является доказанным эффективным методом лечения невротических расстройств, в т.ч. и тревожно-фобических расстройств. В ряде исследований показана большая эффективность психотерапии при агорафобии, социальной фобии и специфических (изолированных) фобиях. Надо отметить, что в целом психофармакотерапия дает более быстрое улучшение состояния и требует меньше усилий пациента, временных и экономических затрат, но симптоматика может возобновляться при отмене медикаментов. Психотерапия, в особенности если психологические механизмы формирования и поддержания тревожно-фобических расстройств играют существенную роль, дает более качественный эффект и более стойкую ремиссию. Учитывая ведущую роль психологических факторов в развитии ТФР, психотерапия имеет приоритетное значение для их лечения по сравнению с психофармакотерапией. В ряде случаев 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. Для некоторых тревожно-фобических расстройств психотерапия имеет большую эффективность по сравнению с психофармакотерапией. Однако необходимо помнить, что дизайн доказательных исследований в психотерапии достаточно сложен и клиническая практика по многим параметрам отличается от научного

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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 ТФР. 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. В лечении тревожно-фобических расстройств доказали свою эффективность методы, использующие технологии виртуальной реальности для создания экспозиции и формировании толерантности к фобическим стимулам. [1,2,74,96, 97,98,99,100,101,102,103,104].

Противопоказания и ограничения к психотерапевтическому лечению [2,74,96, ,98,99]:

1) пациенты со страхом перед самораскрытием и преобладанием отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты;
2) пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям и 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 пациентов с ТФР рекомендовано использовать различные виды психотерапии в комбинации с психофармакотерапией с целью более эффективного и стойкого снижения тревоги, интенсивности фобических переживаний, научению релаксации, коррекции иррациональных установок, осознания глубинных механизмов и противоречий, преодоления ограничительного поведения[2, 74, *96, 97,98,99,100,101,102*].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

- Пациентам с ТФР рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, коррекции иррациональных установок, преодоления ограничительного поведения проведение 10-15 сеансов когнитивно-поведенческой психотерапии [2,74,97,105,106,107,108,109,110,111,112,113,114].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии:

Когнитивная модель фобий. При фобиях имеется предчувствие физического или психологического ущерба в специфических ситуациях. Если пациент в состоянии избежать подобной ситуации, он не ощутит угрозы и сохранит спокойствие. Если же он попадет в такую ситуацию, то почувствует субъективные и физиологические симптомы тревоги. Страх перед отдельными ситуациями основан на преувеличенном представлении пациента об особых пагубных свойствах этих ситуаций (например, страх высоты, страх собак). При оценочных фобиях имеется страх неудачи в социальных ситуациях. Поведенческие и физиологические реакции на потенциальную «опасность» (отвержение, недооценка, неудача) могут мешать функционированию пациента до такой степени, что могут вызывать как раз то, чего он боится.

В качестве техник когнитивно-поведенческой психотерапии используются когнитивное реструктурирование – проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций. Может дополняться экспозицией invivo для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения; интероцептивная экспозиция – повышение толерантности к внутренним неприятным ощущениям, которые возникают у пациента во время фобического приступа; экспозиция invivo – проведение повторных приближенных к условиям реальности поведенческих тренировок для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения; привлечение/отвлечение внимания – внимание пациента при экспозиции может полностью фиксироваться на фобических переживаниях, когда пациент полностью сосредоточен на своих ощущениях и мыслях, напоминает себе о необходимости не отвлекаться и др. Хорошо зарекомендовала себя техника проведения поведенческих экспериментов, основанная на парадоксальной интервенции, когда условие поведенческого задания предписывает пациенту постараться привлечь внимание окружающих своим

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

нелепым, смешным поведением, к примеру, громко петь на улице, или обратиться к продавцу с неуместным вопросом.

Экспозиция в реальных условиях не всегда повышает эффективность лечения, но может быть полезна для тестирования поведения в реальности и повышения приверженности лечению. Современными вариантами экспозиции является активное использование возможностей виртуальной реальности для ее проведения, к примеру, специальных очков.

КПТ может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой формах.

Развитие технических возможностей способствовало разработке методик, использующих виртуальную реальность, интернет-технологии, мобильные приложения. Есть исследования подтверждающие, эффективность экспозиции в виртуальной реальности при ТФР. Имеются данные, что использование КПТ дистанционно не снижает в значительной степени ее эффективности и в дальнейшем можно использовать данную технологию.

- Пациентам с ТФР рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, преодоления социальной тревожности, преодоления ограничительного поведения проведение клинико-психологического тренинга и экспозиционных методик с использованием виртуальной реальности – 15- сеансов по 2 сеанса в неделю. [115,116,117,118,119,120,121,122,123,124,125,126,127,128,129,130,131,132,133,134].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

- Пациентам с ТФР рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, преодоления социальной тревожности, улучшения коммуникативных навыков, преодоления ограничительного поведения проведение групповой краткосрочной интерперсональной психотерапии – 20 сеансов по 1,5 часа – 5 сеансов в неделю. [2,74,135].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: *целью этого метода психотерапии являются конструктивные изменения, прежде всего, в межличностной сфере. Они достигаются через раскрытие, анализ, осознание и переработку межличностных проблем пациента и коррекцию его неадекватных отношений, установок, эмоциональных и*

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия.

В процессе психотерапии, ориентированной на коррекцию неадекватных интеракций, конфликтные отношения пациента утрачивают свой центральный характер. Это влечет за собой снижение выраженности симптоматики. Вторично наблюдается уменьшение и внутриличностной проблематики. Задачи психотерапии также фокусируются, в основном, на трех составляющих самосознания: самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект). Использование в лечении больных с тревожными расстройствами групповой интерперсональной психотерапии позволяет воздействовать на более специфические психотерапевтические «мишени», характерные для данной группы больных — нарастание ограничительного поведения, приводящего к сужению социальных связей, выраженность симптомов социофобического характера, дефицитарность коммуникативной системы и др. Преимущество межличностного подхода заключается в том, что пациент выходит из состояния изоляции, создаются условия для установления контактов с другими людьми, возникает возможность для формирования более адекватной самооценки.

Проведение данного вида психотерапии способствует активизации и усилению фактора универсализации, который у данного контингента больных проявляется в изменении и снижении чувства уникальности собственного расстройства, связанного со страхом смерти, сумасшествия, потери контроля. В конечном итоге, это приводит к изменению устойчивых неадаптивных стереотипов поведения.

- Пациентам с ТФР рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, контролем над дыханием и мышечным напряжением использование релаксационных методов – 10-15 сеансов [2,74].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: *Существуют исследования как подтверждающие эффективность релаксационных методов при лечении ТФР, так и описывающие их ограниченные возможности. Использование биообратной связи позволяет пациенту обучиться регуляции своего состояния и возможности его мониторирования.*

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

- Пациентам с ТФР рекомендуется для снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, преодоления социальной тревожности, улучшения коммуникативных навыков, преодоления ограничительного поведения применение индивидуальной и групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии – 20-30 сеансов [2,74].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: *Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия может быть отнесена к отечественному варианту психодинамического направления. Психотерапия направлена на восстановление нарушенной системы отношений больного через изучение специфики личностных расстройств у него, 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). Кроме позитивной динамики на уровне симптоматических проявлений, существенно улучшается межличностное, социальное функционирование пациента, качество его жизни.*

- Пациентам с ТФР рекомендовано проводить обследование в динамике при помощи шкалы тревоги Гамильтона (The Hamilton AnxietyRatingScale, сокр. HARS) с целью оценки эффективности проводимого лечения [2,29,32,36,40,70].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: *Ответом на терапию считается снижение общего балла по шкале тревоги Гамильтона на ≥ 50%, достижение ремиссии ≤ 7 баллов (The Hamilton AnxietyRatingScale, сокр. HARS).*

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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

- Пациентам с ТФР рекомендуется использовать реабилитационные мероприятия, мероприятия с целью укорочения временной утраты трудоспособности пациентов, ранней социализации в обществе, улучшения качества жизни [2,74].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Пациентам с ТФР с целью укорочения периода временной утраты трудоспособности пациентов, ранней социализации в обществе, улучшения качества жизни рекомендуется использовать социально-реабилитационную работу: социоцентрированные и психоцентрированные психотерапевтические методы [2,74].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Пациентам с ТФР в целях повышения качества и эффективности лечения в качестве специальных видов реабилитации рекомендуется клинико-психологическая адаптация: семейная, социально-психологическая, профессиональная психотерапия и/или психокоррекция[2,74].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Пациентам с ТФР в целях повышения качества и эффективности лечения как одна из важных форм реабилитационных мероприятий рекомендуется суппортивная психотерапия, которая может проводиться амбулаторно в виде индивидуальной и групповой психотерапии [2,74]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Пациентам с ТФР рекомендуются наблюдение и курация врачом-психотерапевтом или врачом психиатром для коррекции терапии и корректной ее отмены, проведения психотерапии[2,74].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Пациентам с ТФР 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[2,74].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

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

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

- Пациентам с ТФР рекомендуется приверженность принципам здорового образа жизни, внедрение мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья среди населения в целях профилактики тревожных нарушений [1,2,74].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

1) высокая частота фобических приступов, требующая подбора фармакотерапии в стационаре;
2) выраженная тревога, требующая подбора фармакотерапии в стационаре;
3) наличие коморбидных психических расстройств, требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре;
4) наличие коморбидных соматических расстройств, требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре;
5) выраженные фобические состояния с ограничительным поведением, стойкая агорафобия, существенно затрудняющая передвижение пациента, выраженные социофобические состояния, распространяющиеся на многие сферы жизни пациента;
6) плохая переносимость медикаментозной терапии.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

1) подбор адекватной и эффективной фармакотерапии;
2) отсутствие выраженных нежелательных явлений;
3) снижение частоты фобических приступов;
4) снижение уровня тревожности;
5) стабилизация психического состояния;
6) стабилизация соматического состояния;
7) купирование фобических состояний с преодолением ограничительного поведения.

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

7.1 Факторы (предикторы) способствующие затяжному течению

Основные предикторы затяжного течения ТФР [2,29,74]

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	• воспитание матерью-одиночкой, • развод/расставание родителей,

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

затяжного течения	• 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
Клинические предикторы затяжного течения	• коморбидные психические расстройства • коморбидные соматические расстройства • злоупотребление психоактивными веществами • пролонгированная актуальная стрессовая ситуация в сочетании с низкой фрустрационной толерантностью • терапевтическая резистентность

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
Этап постановки диагноза			
1	Выполнено клиническое обследование (собраны клинико-анамнестические, клинико-психопатологические данные)	А	1
2	Оценен риск суицидального поведения	А	1
2	Выполнено экспериментально-психологическое обследование	А	1
3	Проведены общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, анализ мочи общий, 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	В	2
4	Выполнена электроэнцефалография	В	2
5	Выполнено дуплексное сканирование транскраниальное артерий и вен	С	3
6	Выполнена электрокардиография	А	1
Этап лечения			
1	Выполнено назначение психофармакотерапии (антидепрессанты и / или анксиолитики, производные бензодиазепина)	А	1
2	Проведен анализ эффективности и переносимости назначенной терапии (на 7-14-28 день и далее ежемесячно)	А	1
3	Проведена смена терапии при отсутствии эффективности или непереносимости терапии	А	1
4	Проведена психотерапия	А	1

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Список литературы

1. Психиатрия. Национальное руководство / под ред. Ю. А. Алексадровского, Н. Г. Незнанова. – 2-у изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1008 с.
2. Караваева Т. А. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств / Т. А. Караваева, А. П. Коцюбинский. – Санкт-Петербург: Спецлит, 2017. – 286 с.
3. Hyett M. P. Social anxiety disorder: looking back and moving forward / M. P. Hyett, P. M. McEvoy // Psychol Med. – 2018. – Vol. 48 (12). – P. 1937–1944. – doi: 10.1017/S0033291717003816
4. Eaton W.W. Specific phobias. / W. W. Eaton, O. J. Bienvenu, B. Miloyan // Lancet Psychiatry. – 2018. – Vol. 5 (8). – P. 678-686. – doi: 10.1016/S2215-0366(18)30169-X.
5. Beşirli A. The relationship between impulsivity and panic disorder-agoraphobia: the role of affective temperament / A. Beşirli // Psychiatry Research. – 2018. – T. 264. – C. 169–174.
6. Piccirillo M. L. Safety Behaviors in Adults With Social Anxiety: Review and Future Directions / M. L. Piccirillo, M. Taylor Dryman, R. G. Heimberg // BehavюTher. – 2016. – Vol. 47(5)/ – P. 675–687. – doi: 10.1016/j.beth.2015.11.005.
7. Manning R. P. A systematic review of adult attachment and social anxiety / R. P. Manning, J. M. Dickson, J. Palmier-Claus et al. // J. Affect. Disord. – 2017. – Vol. 15 (211). – P.44–59. – doi: 10.1016/j.jad.2016.12.020.
8. Spence S. H. The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model / S. H. Spence, R. M. Rapee // Behav. ResюTher. – 2016. – Vol. 86. – P. 50–67. – doi: 10.1016/j.brat.2016.06.007.
9. Мякотин И. М. Особенности детско-родительских отношений и условий развития ребенка при социальной фобии / И. М. Мякотин, Е. Н. Юрасова // Актуальные проблемы науки: ИГУМО и ИТ как исследовательский центр. – 2015. – № 18. – С. 165–176.
10. Cremers H. R. Social anxiety disorder: a critical overview of neurocognitive research / H. R. Cremers, K. Roelofs // Wiley Interdiscip. Rev. Cogn Sci. – 2016. – Vol. 7 (4). – P. 218–232. – doi: 10.1002/wcs.1390.
11. Liu H. Effects of cognitive bias modification on social anxiety: A meta-analysis / H. Liu, X. Li, B. Han, X. // Liu // PLoS One. – 2017. – Vol. 12 (4). – e0175107. – doi: 10.1371/journal.pone.0175107.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

12. Scaini S. Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: a meta-analytic approach to twin data / S. Scaini, R. Belotti, A. Ogliari // J. Anxiety Disord. – 2014. – Vol. 28 (7). – P. 650–656. – doi: 10.1016/j.janxdis.2014.07.002
13. Stein M. B. Genetic risk variants for social anxiety / M. B. Stein, C.Y. Chen, S. Jain et al. // Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr. Genet. – 2017. – Vol. 174 (2). – P. 120–131. – doi: 10.1002/ajmg.b.32520.
14. Bas-Hoogendam J. M. Voxel-based morphometry multi-center mega-analysis of brain structure in social anxiety disorder. / J. M. Bas-Hoogendam, H. van Steenbergen, J. Nienke Pannekoek // Neuroimage Clin. – 2017. – Vol. 16. – P. 678–688. – doi: 10.1016/j.nicl.2017.08.001.
15. Brühl A. B. Neuroimaging in social anxiety disorder—a meta-analytic review resulting in a new neurofunctional model / A. B. Brühl, A. Delsignore, K. Komossaet al. //Biobehav. Rev. – 2014.– Vol. 47. – P. 260–280. –doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.08.003.
16. Cremers H. R. Roelofs K. Social anxiety disorder: a critical overview of neurocognitive research. / H. R. Cremers, K. Roelofs // Wiley Interdiscip. Rev. Cogn. Sci. – 2016. – Vol. 7 (4). – P. 218-232. – doi: 10.1002/wcs.1390.
17. Garcia R. Neurobiology of fear and specific phobias / R. Garcia // Learn Mem. – 2017. – Vol. 24 (9). – P. 462–471. – doi: 10.1101/lm.044115.116
18. Gentili C. ROI and phobias: The effect of ROI approach on an ALE meta-analysis of specific phobias / C. Gentili , S. MesserottiBenvenuti, G. Lettieri // Hum. Brain Mapp. – 2019. – Vol. 40 (6). – P. 1814–1828. – doi: 10.1002/hbm.24492.
19. Gottschalk M. G. Orexin in the anxiety spectrum: association of a HCRTR1 polymorphism with panic disorder/agoraphobia, CBT treatment response and fear-related intermediate phenotypes / M. G. Gottschalk, J. Richter, C. Ziegler et al. // Transl. Psychiatry. – 2019. – Vol. 9 (1). – P.75. – doi: 10.1038/s41398-019-0415-8
20. Jenkins L. M. Shared white matter alterations across emotional disorders: A voxel-based meta-analysis of fractional anisotropy / L. M. Jenkins, A. Barba, M. Campbell et al. // Neuroimage Clin. – 2016. – Vol. 12. – P. 1022–1034. – DOI: 10.1016/j.nicl.2016.09.001
21. LeDoux J. E. Using Neuroscience to Help Understand Fear and Anxiety: A Two-System Framework / J. E. LeDoux, D. S. Pine // Am. J. Psychiatry. – 2016. – Vol. 173 (11). – P. 1083–1093. – DOI: 10.1176/appi.ajp.2016.16030353
22. Michopoulos V. Inflammation in Fear- and Anxiety-Based Disorders: PTSD, GAD, and Beyond / V. Michopoulos, A. Powers, C. F. Gillespie et al. // Neuropsychopharmacology. – 2017. – Vol. 42 (1). – P. 254–270. – doi: 10.1038/npp.2016.146

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

23. Asher M. Gender differences in social anxiety disorder: A review / M. Asher, A. Asnaani, I. M. Aderka // Clin. Psychol. Rev. – 2017. – Vol. 56. – P. 1–12. – doi: 10.1016/j.cpr.2017.05.004
24. O'Connell M. A. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis / M. A. O'Connell, P. Leahy-Warren, A. S. Khashan et al. // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2017. – Vol. 96 (8). – P. 907–920. – doi: 10.1111/aogs.13138
25. Ганзин И. В. Исследование распространенности и типологии фобических расстройств / И. В. Ганзин // Гуманитарные науки. – 2016. – № 1 (33). – С. 11–19.
26. Назарова О. М. Возрастные особенности возникновения фобий / О. М. Назарова, Ю. А. Пронина // Вестник Саратовского областного института развития образования. – 2016. – № 3 (7). – С. 37–42.
27. Kessler R. C. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication / R. C. Kessler, W. T. Chiu et al. // Arch. Gen. Psychiatry. – 2006. –Vol. 63 (4). – P. 415-424.
28. 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: журнал им. П.Б. Ганнушкина. – 2019. – № 3. – С. 52–58.
29. Караваева Т. А. Критерии и алгоритм диагностики тревожно-фобических расстройств / Т. А. Караваева, А. В. Васильева, С. В. Полторак и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им/В.М. Бехтерева. – 2015. – № 4. – С. 117–122.
30. Samra C. K. Specific Phobia [Электронныйресурс] / C. K. Samra // StatPearls [MedicalPearls PubMed ReferenceTreasure]. – Island (FL): StatPearls Publishing; 2019. – Режимдоступа: https://knowledge.statpearls.com/chapter/psychiatry-child_adolescent/29262/
31. Kogan C. S. The Classification of Anxiety and Fear-Related Disorders in the ICD-11. / C. S. Kogan, D. J. Stein, M. Maj // Depressю Anxiety. – 2016. – Vol. 33 (12). – P. 1141–1154. – doi: 10.1002/da.22530
32. Попов Ю. В. Современная клиническая психиатрия. / Ю. В. Попов, В.Д. Вид. – СПб.: Речь, 2000. – 402 с.
33. Исраилова Х. З. Фобия / Х. З. Исраилова, Д. А. Шатаева, А. Н. Алгаев // Известия Чеченского государственного университета. – 2018. – № 3 (11). – С. 132–135.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

34. Коковина А. А. Страхи и фобии. В чем отличие? 11 [Электронный ресурс] / А. А. Коковина, К. С. Гордеев, А. А. Жидков,М. Е. Кокарева // Психология, социология и педагогика: электронный научный журнал. – 2017. –.№ 11 (74). – Режим доступа: URL: http://psychology.snauka.ru/2017/11/8425 (дата обращения: 08.02.2019).
35. Цыганков Д. Б. Клинико-психологические предикторы неблагоприятного течения и исхода агорафобии с паническим расстройством / Д. Б. Цыганков, О. А. Голдобина, И. Б. Позэ и др.// Психическое здоровье. – 2012. – Т. 10, № 2 (69). – С. 52–58.
36. Погосова И. А. Клинические и психологические особенности больных паническим расстройством и агорафобией / И. А. Погосова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – № 3 (92). – С. 23–28.
37. Бондаренко А. С. Защитные механизмы психики у лиц с агорафобией / Бондаренко А. С. // Теоретические и прикладные аспекты современной науки. – 2015. – № 7-10. – С. 24–26.
38. Домнина А. И. Агорафобия [Электронный ресурс] / А. И. Домнина, А. С. Мочалова, А. И. Торопова, Е. М. Шамина // Современные научные исследования и инновации: электронный науч.-практ. журн. – 2018. – № 12 (92). –Режим доступа: URL: http://web.snauka.ru/issues/2018/12/88198 (дата обращения: 26.03.2019).
39. Сергеев И. И. Варианты, прогноз транспортных фобий и их влияние на социальное функционирование жителей мегаполиса / И. И. Сергеев, О. В. Михалевская // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2013. – Т. 15, № 3. – С. 4–8.
40. Стаценко О. А. Клинико-динамические особенности агорафобии с паническим расстройством невротического генеза / О. А. Стаценко, Т. И. Иванова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1 (64). – С. 27–30.
41. Стаценко О. А. Патогенетические аспекты динамики агорафобии с паническим расстройством / О. А. Стаценко, Т. И. Иванова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 5 (68). – С. 24–28.
42. Бердин Р. Д.Виртуальнаяаддикция и социальная фобия: психотерапевтический и профилактический аспект / Р. Д.Бердин// Бакалавр. – 2015. – № 3-4 (4-5). – С. 15–17.
43. Воробьева Т. М. Критерии психофизиологических нарушений и терапевтических эффектов их коррекции у больных с социальной фобией и в сочетании с аддикциями / Т. М. Воробьева, Л. Н. Пайкова, А. Г. Плотников и др. // Психическое здоровье. – 2011. – Т. 9, № 8 (63). – С. 41–52.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

44. Мякотин И. С. Взаимосвязь копинг-стратегий и особенностей идентичности при социальной фобии / И.С. Мякотин // Ярославский педагогический вестник. – 2018. – № 3. – С. 200–206.
45. Мякотин И. С. Особенности идентичности при социальной фобии / И. С. Мякотин // Ярославский педагогический вестник. – 2017. – № 3. – С. 189-193.
46. Мякотин И. С. Особенности совладающего поведения при социальной фобии / И. С. Мякотин // Universum: психология и образование. – 2016. – № 10 (28). – С. 42-44.
47. Мякотин И. С. Социальная фобия и нарушение психологических границ в детском и подростковом возрасте / И. С. Мякотин // Теория и практика общественного развития. – 2015. – № 18. – С. 363-365.
48. Никитина И. В. Социальная тревожность и социальное познание (обзор зарубежных исследований) / И. В. Никитина // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 4 (83). – С. 65–79.
49. Никитина И. В. Социальная тревожность: содержание понятия и основные направления изучения. часть 1 / И. В. Никитина, А. Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 1. – С. 80–85.
50. Никитина И. В. Социальная тревожность: содержание понятия и основные направления изучения. Часть 2 / И. В. Никитина, А. Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 1. – С. 60–67.
51. Никитина И. В. Социальная тревожность у пациентов с расстройствами аффективного спектра / И. В. Никитина, А. Б. Холмогорова, В. В. Краснова // Социальная и клиническая психиатрия. –2012. – Т. 22, № 3. – С. 30–35.
52. Павлович С. А. Эмоциональные нарушения и генетические особенности у лиц молодого возраста с социальными фобиями в сочетании с пароксизмальными проявлениями агрессивности / С. А. Павлович, Н. Б. Филимонова, Т. М. Воробьева и др. // Психическое здоровье. – 2010. – Т. 8, № 5 (48). – С. 51–57.
53. Сагалакова О. А. Синдром социальной фобии и его психологическое содержание / О. А. Сагалакова, Д. В. Труевцев, И. Я. Стоянова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117, № 4. – С. 15–22.
54. Юрасова Е. Н. Феномен паттернов отношений родителей к ребенку при социальной фобии / Е. Н. Юрасова, И. С. Мякотин // Актуальные проблемы науки: ИГУМО и ИТ как исследовательский центр. – 2017. – № 19. – С. 137–143.
55. Фролова Е. В. Самые необычные фобии / Е. В. Фролова // Справочник врача общей практики. – 2019. – № 7. – С. 71–74.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

56. McLenon J. The fear of needles: A systematic review and meta-analysis. / J. McLenon , M. A. M. Rogers. // J. Adv Nurs. – 2019. – Vol. 75 (1). – P. 30–42. – doi: 10.1111/jan.13818
57. Purssell E. Fever phobia: The impact of time and mortality--a systematic review and meta-analysis / E. Purssell, J. Collin // Int. J. Nurs. Stud. – 2016. – Vol. 56. – P. 81–89. – doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.11.001.
58. Schindler B. CME: Fear of Flying and Flying Phobia / B. Schindler // Praxis (Bern 1994). – 2018. – Vol. 107 (12). – P. 623–628. – doi: 10.1024/1661-8157/a002980.
59. Vadakkan C. Claustrophobia[Электронный ресурс] / C. Vadakkan, W. Siddiqui // StatPearls [MedicalPearls PubMed ReferenceTreasure]. – Island (FL): StatPearls Publishing; 2019. – Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542327/
60. Баскаева Е. В. Этническая фобия как разрушительная сила (политологический аспект) / Е. В. Баскаева // Вестник Владикавказского научного центра. – 2012. – Т. 12, № 1. – С. 16–18.
61. Крупеникова Л. Ш. Интернет-фобии как феномен виртуальной реальности / Л. Ш. Крупеникова, В. И. Курбатов // Научный взгляд в будущее. – 2016. – Т. 3, № 1. – С. 347–349.
62. Нигматуллина Т. А. Устойчивое противодействие поликультурным фобиям в молодежной среде: технологии их формирования / Т. А. Нигматуллина // Труд и социальные отношения. – 2015. – № 2. – С. 103–113.
63. Фролова Е. В. Самые необычные фобии / Е. В. Фролова // Главврач. – 2019. – № 4. – С. 75–81.
64. Bulley A. An evolutionary perspective on the co-occurrence of social anxiety disorder and alcohol use disorder / A. Bulley, B. Miloyan, B. Brilotet al. // J. Affect. Disord. – 2016. – Vol. 196. – P. 62–70. –doi: 10.1016/j.jad.2016.02.028.
65. Emdin C. A. Meta-Analysis of Anxiety as a Risk Factor for Cardiovascular Disease / C. A. Emdin, A. Odutayo, C. X. Wong // Am. J. Cardiol. –2016. – Vol. 118 (4). – P.511–519. – doi: 10.1016/j.amjcard.2016.05.041.
66. Kerr-Gaffney J. Social anxiety in the eating disorders: a systematic review and meta-analysis. / J. Kerr-Gaffney, A. Harrison, K. Tchanturia // Psychol. Med. – 2018. – Vol. 48 (15). – P. 2477–2491. –doi: 10.1017/S0033291718000752
67. Miloyan B. The association of Social Anxiety Disorder, Alcohol Use Disorder and reproduction: Results from four nationally representative samples of adults in the USA. /

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

B. Miloyan, A. Bulley, B. Brilotet al. // PLoS One. – 2017. – Vol. 12 (11): e0188436. – doi: 10.1371/journal.pone.0188436

68. Miloyan B. Longitudinal association between social anxiety disorder and incident alcohol use disorder: results from two national samples of US adults. / B. Miloyan, G. Van Doorn // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2019. – Vol. 54 (4). – P. 469–475. – doi: 10.1007/s00127-018-1569-z.
69. Batinic B. Comorbidity and Suicidality in Patients Diagnosed with Panic Disorder / Agoraphobia and Major Depression. / B. Batinic, G. Opacic, T. Ignjatovet al. //Psychiatr. Danub. – 2017. – Vol. 29 (2). – P. 186–194.
70. Павличенко А. В. Паническое расстройство с агорафобией: вопросы диагностики и коморбидность / А. В. Павличенко, Д. А. Чугунов // Независимый психиатрический журнал. – 2012. – № 2. – С. 16–23.
71. Zugliani M. M. Personality Traits in Panic Disorder Patients With and Without Comorbidities. / M. M. Zugliani, R. Martin-Santos, A. E. Nardi et al. // Expert. Opin. DrugSaf. – 2018. – Vol. 17 (3). – P. 315–324. – doi: 10.1080/14740338.2018.1429403.
72. 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.
73. 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 и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2016.– № 1. – С. 3–9.
74. 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.
75. Imai H. Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults / H. Imai, A. Tajika, P. Chen et al. // Cochrane Database Syst. Rev. – 2016. – Issue 10. – Art. No CD011170. – DOI: 10.1002/14651858.CD011170.pub2

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

76. Bandelow B. Treatment of anxiety disorders / B. Bandelow, S. Michaelis, D. Wedekind // Dialogues Clin. Neurosci. – 2017. – Vol. 19 (2). – P. 93–107.
77. BandelowB. Рекомендации всемирной федерации сообществ биологической психиатрии (WFSBP) по фармакотерапии тревоги, обсессивно-компульсивного и посттравматического расстройств / B. Bandelow, J. Zohar, E. Hollanderetal. // Современная терапия психических расстройств. – 2011. – № 3. – С. 33–40.
78. Curtiss J. A meta-analysis of pharmacotherapy for social anxiety disorder: an examination of efficacy, moderators, and mediators / J. Curtiss, L. Andrews, M. Davis et al. // Expert. Opin. Pharmacother. – 2017. – Vol. 18 (3). – P. 243–251. – doi: 10.1080/14656566.2017.1285907
79. Davis M. L. Update on the efficacy of pharmacotherapy for social anxiety disorder: a meta-analysis / M. L. Davis, J. A. Smits, S. G. Hofmann. // Expert. Opin. Pharmacother. – 2014. – Vol. 15 (16). – P. 2281–2291. – doi: 10.1517/14656566.2014.955472
80. Wang Z. Comparative Effectiveness and Safety of Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Childhood Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis / Z. Wang, S. P. H. Whiteside, L. Sim et al. // JAMA Pediatr. – 2017. – Vol. 171 (11). – P. 1049–1056. – doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.3036.
81. Williams T. Pharmacotherapy for social anxiety disorder (SAnD) / T. Williams, C.J. Hattingh, C.M. Kariuki et al. // Cochrane Database Syst. Rev. – 2017. – Issue10. – Art. No CD001206. – doi: 10.1002/14651858.CD001206.pub3.
82. CuijpersP. Добавление психотерапии к антидепрессантам при депрессивных и тревожных расстройствах: мета-анализ / P. Cuijpers, M. Sijbrandij, S. L. Kooleetal. // Всемирная психиатрия. – 2014. – Vol. 01. – P. 56–66
83. Furukawa T. A. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder withor without agoraphobia / T. A. Furukawa, N. Watanabe, R. Churchill et al. // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2007. – Issue 1. – Art. No.: CD004364. – .DOI: 10.1002/14651858.CD004364.pub2
84. Singewald N. Pharmacology of cognitive enhancers for exposure-based therapy of fear, anxiety and trauma-related disorders / N. Singewald, C. Schmuckermair, N. Whittle et al. // Pharmacol. Ther. – 2015. – Vol. 149. – P. 150–190. – doi: 10.1016/j.pharmthera.2014.12.004.
85. Yuchen Li. Therapy for Adult Social Anxiety Disorder: A Meta-Analysis of Functional Neuroimaging Studies / Li. Yuchen, M. Yajing, Y. Minlanet al. // J. Clin. Psychiatry. – 2016. – Vol. 77 (11) : e1429-e1438. –doi: 10.4088/JCP.15r10226

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

86. Троицкий М. С. Возможности немедикаментозной и лекарственной терапии тревожных расстройств (обзор литературы) / М. С. Троицкий, А. Р. Токарев, М. В. Паньшина // Вестник новых медицинских технологий. – 2018. – Т. 25, № 1. – С. 61–70.
87. Arroll B. A systematic review and meta-analysis of treatments for acrophobia / B. Arroll, H. B. Wallace, V. Mount // Med. J. Aust. –2017. – Vol. 206 (6). – P. 263–267. – DOI: 10.5694/mja16.00540
88. de Vries Y. A. Initial severity and antidepressant efficacy for anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and posttraumatic stress disorder: An individual patient data meta-analysis / Y. A. de Vries, A. M. Roest, J. G. M. Burgerhofet al. // Depress. Anxiety. – 2018. – Vol. 35 (6). – P. 515–522. – doi: 10.1002/da.22737.
89. Baldwin D. S. Efficacy of escitalopram in the treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis versus placebo / D. S. Baldwin, S. Asakura, T. Koyama et al. // Eur. Neuropsychopharmacol. – 2016. – Vol. 26 (6). – P. 1062–1069. –doi: 10.1016/j.euroneuro.2016.02.013.
90. Liu X. Efficacy and tolerability of fluvoxamine in adults with social anxiety disorder: A meta-analysis / X. Liu, X. Li, C. Zhanget al. // Medicine (Baltimore). – 2018. – Vol. 97 (28): e11547. – doi: 10.1097/MD.0000000000011547
91. Иванец Н. Н. Психофармакотерапия тревожных расстройств у больных пожилого возраста: эффективность, переносимость и современная роль лечения анксиолитиками / Н. Н. Иванец, М. А. Кинкулькина, Т. И. Авдеева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 2. – С. 60–71.
92. Фурсов Б. Б. Применение алпразолама в клинической практике / Б. Б. Фурсов, О. О. Папсуев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 1. – С. 95–100.
93. Ammar G. Treatment-resistant anxiety disorders: A literature review of drug therapy strategies / G. Ammar , W.J. Naja, A..Pelissoloet al. / Encephale. – 2015. – Vol. 41 (3). – P. 260–265. – doi: 10.1016/j.encep.2013.11.002.
94. Bantin T. What does the facial dot-probe task tell us about attentional processes in social anxiety? A systematic review /T.Bantin, S. Stevens, A. L. Gerlach, C. Hermann // J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry. – 2016. – Vol. 50. – P. 40–51. – doi: 10.1016/j.jbtep.2015.04.009.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

95. Kawalec P. Pregabalin for the treatment of social anxiety disorder / P. Kawalec, A. Cierniak, A. Pilc, G. Nowak // Expert. Opin. Investig. Drugs. –2015. – Vol. 24 (4). – P. 585–594. –doi: 10.1517/13543784.2014.979283
96. Barkowski S. Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials / S. Barkowski, D. Schwartze, B. Strauss et al. // J. Anxiety Disord. – 2016. – Vol. 39. – P. 44–64. – doi: 10.1016/j.janxdis.2016.02.005.
97. Gregory B. Changes in the self during cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review / B. Gregory, L. Peters // Clin. Psychol. Rev. – 2017. – Vol. 52. – P. 1–18. – doi: 10.1016/j.cpr.2016.11.008.
98. Pompoli A. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis / A. Pompoli., T. A. Furukawa, H. Imai et al. // Cochrane Database Syst. Rev. – 2016. – Issue 4. – Art. No CD011004. – doi: 10.1002/14651858.CD011004.
99. Breitbart J. Panikstörung und Agoraphobiehausärztlichbehandelt: Vorzüge und FallstrickeeinesPraxisteam-unterstütztenExpositionstrainingsaus Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten – eine qualitative Studie [Panic disorder and agoraphobia in general practice: Advantages and pitfalls of a practice team-supported exposure training from the general practitioner's perspective – a qualitative study] / J. Breitbart, T. S. Hiller, E. Schöneet al. // Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundhwes. – 2019. – Vol. 143. – P. 15–20. – doi: 10.1016/j.zefq.2019.05.002.
100. Breuninger C. Dysfunctional cognition and self-efficacy as mediators of symptom change in exposure therapy for agoraphobia – Systematic review and meta-analysis / C. Breuninger, B. Tuschen-Caffier, J. Svaldi // Behav. Res. Ther. – 2019. – Vol. 120. – P. 103443. –doi: 10.1016/j.brat.2019.103443.
101. Корнеева Т. П. Особенности психологического консультирования клиентов с фобиями и страхами / Т. П. Корнеева, А. Ю. Заболотнева // Поиск (Волгоград). – 2016. – № 1 (3). – С. 21–24.
102. Закревский А. А. Метафорические концепты в работе с зависимостями и фобиями / А. А. Закревский // Проблемы современного педагогического образования. – 2019. – № 63-62. – С. 325–328.
103. ZahariaC. Evidence-basedNeuroLinguisticPsychotherapy: ameta-analysis / C. Zaharia, M. Reiner, P. Schütz // Psychiatr. Danub. –2015. –Vol. 27 (4). – P. 355–363.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

104. Pelissolo A. Hypnosis for anxiety and phobic disorders: A review of clinical studies / A. Pelissolo // Presse Med. – 2016. – Vol. 45 (3). – P. 284–290. –doi: 10.1016/j.lpm.2015.12.002.
105. Walz L.C. Experience sampling and ecological momentary assessment for studying the daily lives of patients with anxiety disorders: a systematic review / L.C. Walz, M. H. Nauta, M. Aan Het Rot // J. Anxiety Disord. – 2014. – Vol. 28 (8). – P. 925–937. – doi: 10.1016/j.janxdis.2014.09.022
106. 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 .Banoset al. // J. Anxiety Disord. – 2016. – Vol.43. – P. 79–89. – doi: 10.1016/j.janxdis.2016.09.003.
107. CuijpersP. Насколько эффективна когнитивно-поведенческая терапия в лечении большого депрессивного расстройства и тревожных расстройств? Актуальный метаанализ данных / P. Cuijpers, I. A. Cristea, E. Karyotakietal. //. Всемирная психиатрия. – 2016. – № 3. –P. 243–256.
108. Porter E. A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia / E. Porter, D. L. Chambless // Clin. Psychol. Rev. – 2015. – Vol. 42. – P. 179–192. – doi: 10.1016/j.cpr.2015.09.004.
109. Ohst B. Catastrophic misinterpretation of bodily sensations and external events in panic disorder, other anxiety disorders, and healthy subjects: A systematic review and meta-analysis. / B. Ohst, B. Tuschen-Caffier // PLoS One. – 2018. – Vol. 13 (3) : e0194493. – doi: 10.1371/journal.pone.0194493.
110. Stech E. P., Internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder with or without agoraphobia: a systematic review and meta-analysis. / E. P. Stech, J. Lim, E. L. Upton // J. Affect. Disord. – 2019. – Vol. 257. – P. 376-381. – doi: 10.1016/j.jad.2019.07.033
111. Zaharia C. Evidence-based Neuro Linguistic Psychotherapy: a meta-analysis. / C. Zaharia, M. Reiner, P. Schütz // Psychiatr. Danub. –2015. – Vol. 27 (4). – P. 355–363.
112. Pelissolo A. Hypnosis for anxiety and phobic disorders: A review of clinical studies / Pelissolo A. // Presse Med. – 2016. – Vol. 45 (3). – P. 284–290. –doi: 10.1016/j.lpm.2015.12.002.
113. Stech E. P. Internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder with or without agoraphobia: a systematic review and meta-analysis / E. P. Stech, J. Lim, E. L.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Upton // Cogn. Behav. Ther. – 2019. – Vol. 15. – P. 1-24. – doi: 10.1080/16506073.2019.1628808.

114. Бурно А. М. Опыт применения методики инверсии возможностей для психотерапии агорафобии в структуре панического расстройства / А. М. Бурно, С. В. Некрасова, Н. Л. Зуйкова // Архивъ внутренней медицины. – 2016. – Т. 6, № S1. – С. 122–123.

115. Bouchard S. Description of a Treatment Manual for Invirtuo Exposure with Specific Phobia. In: C. Eichenberg / S. Bouchard, G. Robillard, S. et al. // Virtual Reality in Psychological, Medical and Pedagogical Applications / ed. by C. Eichenberg. – Rijeka, Croatia: InTech,2012. – Ch. 4. – P. 81–108. – http://dx.doi.org/10.5772/46417

116. Meyerbröker K. Virtual Reality Exposure Treatment of Agoraphobia: a Comparison of Computer Automatic Virtual Environment and Head-Mounted Display / K. Meyerbröker, N. Morina, G. Kerkhof, P. Emmelkamp // Annual Review of Cyber Therapy and Telemedicine – 2011 / ed. by B. K. Wiederhold et al. – Sun Diego (USA): Interactive Media Institute, 2011. – Vol. 167: Evidence-Based Clinical Application of Information Tecnology. – P. 40–45.

117. Michaliszyn D. A randomized, controlled clinical trial of in virtuo and in vivo exposure for spider phobia / D. Michaliszyn, A. Marchand, S. Bouchard et al. // Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw. – 2010. – Vol. 13. – P. 689–695. – DOI: 10.1089/cyber.2009.0277

118. Rinck M. Attentional and behavioural responses of spider fearfuls to virtual spiders / M. Rinck, L. Kwakkenbos, R. Dotsch et al. // Cognition & Emotion. – 2010. – Vol. 24 (7). – P. 1199–1206. – doi:10.1080/02699930903135945

119. Rothbaum B.O. Virtual reality exposure therapy and standard (in vivo) exposure therapy in the treatment of fear of flying / B.O. Rothbaum, E. Zimand, L. Hodges et al. // Behav. Ther. – 2006. – Vol. 37. – P. 80–90. – DOI: 10.1016/j.beth.2005.04.004

120. Botella C. Virtual reality exposure-based therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review of itsefficacy, the adequacy of the treatment protocol, and its acceptability / C. Botella, B. Serrano, R.M. Bañoset al. // Neuropsychiatric Disease and Treatment. – 2015. – Vol. 11. – P. 2533–2545. – DOI: 10.2147/NDT.S89542

121. Botella C. Recent Progress in Virtual Reality Exposure Therapy for Phobias: A Systematic Review / C. Botella, J. Fernández-Álvarez, V. Guillénet al. // N. Engl. J. Med. – 2017. – Vol. 376 (23). – P. 255–2264. – doi: 10.1056/NEJMcp1614701.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

122. Botella C. Virtual reality exposure in the treatment of panic disorder and agoraphobia: a controlled study / C. Botella, A. Garcı´a-Palacios, H. Villa et al. // Clin. Psychol. Psychother. – 2007. – Vol. 14. – P. 164–175.– DOI:10.1002/cpp.524
123. Eichenberg C. Application of «Virtual Realities» in Psychotherapy: Possibilities, Limitations and Effectiveness / C. Eichenberg // Virtual Reality / ed. by J.-J. Kim. – Rijeka, Croatia: Intech Open Access Publisher, 2011. – Ch. 22. – P. 469–484.
124. Emmelkamp P. M. G. Virtual reality treatment in acrophobia: a comparison with exposure in vivo / P. M. G. Emmelkamp, M. Bruynzeel, L. Dros // Cyber. Psychology & Behavior. – 2001. – Vol. 4 (3). – P. 335–339. – DOI: 10.1089/109493101300210222
125. García-Palacios A. Comparing acceptance and refusal rates of virtual reality exposure vs. in vivo exposure by patients with specific phobias / A. García-Palacios, C. Botella, H. Hoffman,S. Fabregat // Cyber. Psychology & Behavior. – 2007. – Vol. 10 (5). – P. 722–724. – DOI: 10.1089/cpb.2007.9962
126. Garcia-Palacios A. Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study / A. Garcia-Palacios, H. Hoffman, A. Carlin,T. Furness // Behav. Res. Ther. – 2002. – Vol. 40 (9). – P. 983–993. – DOI: 10.1016/S0005-7967(01)00068-7
127. Juan M. C. A comparative study of the sense of presence and anxiety in an invisible marker versus a marker augmented reality system for the treatment of phobia towards small animals / M. C. Juan, D. Joele // International Journal of Human-Computer Studies. – 2011. – Vol. 69 (6). – P. 440–453. – doi:10.1016/j.ijhcs.2011.03.002
128. Morina N. Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life? A meta-analysis of studies applying behavioral assessments / N. Morina, H. Ijntema, K. Meyerbröker // Behav. Res. Ther. – 2015. – Vol. 74. – P. 18–24. – doi: 10.1016/j.brat.2015.08.010.
129. Parsons T. D. Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: A meta-analysis / T. D. Parsons, A. A. Rizzo // Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. – 2008. –Vol. 39 (3). – P. 250–261. – DOI:10.1016/j.jbtep.2007.07.007
130. Pérez-Ara M. A. Virtual reality interoceptive exposure for the treatment of panic disorder and agoraphobia / M. A. Pérez-Ara, S. Quero, C. Botella et al. // Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine. – 2010. – Vol. 154 (8). – P. 77–81. – DOI: 10.3233/978-1-60750-561-7-77

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

131. Powers M. B. Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis / M. B. Powers, P. M. G. Emmelkamp // Journal of Anxiety Disorders.– 2008. – Vol. 22 (3). – P. 561–569. – DOI: 10.1016/j.janxdis.2007.04.006
132. Wallach H.S. Virtual Reality Cognitive Behavior Therapy for Public Speaking Anxiety: A Randomized Clinical Trial / H.S. Wallach, M. P. Safir, M. Bar-Zvi // Behavior Modification. – 2009. – Vol. 33 (3). – P. 314–338. – doi: 10.1177/0145445509331926
133. Schäfer S. K. Effects of heart rate variability biofeedback during exposure to fear-provoking stimuli within spider-fearful individuals: study protocol for a randomized controlled trial / S. K. Schäfer, F. R. Ihmig, H. K. A. Lara et al. // Trials. – 2018. – Vol. 19 (1). – Article number: 184. – doi: 10.1186/s13063-018-2554-2.
134. Мосолов С. Н. Применение α-θ-тренинга биологической обратной связи при тревожных расстройствах, резистентных к психофармакотерапии (открытое рандомизированное контролируемое исследование) / С. Н. Мосолов, Е. В. Бирюкова, И. В. Тимофеев // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2010. – № 1. – С. 15–20.
135. Эльзессер А. С. Эффективность краткосрочной психотерапии депрессивных и тревожных расстройств / А. С. Эльзессер, Р. В. Кадыров, Е. В. Маркелова // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2018. – № 2 (74). – С. 122–130.
136. Караваева Т. А. Сравнительное исследование эффективности личностно-ориентированной (реконструктивной) и когнитивно-поведенческой психотерапии при тревожных расстройствах невротического уровня с инсомнией / Т. А. Караваева, В. А. Михайлов, А. В. Васильева и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – Т. 118, № 4 (вып.2). – С. 60–66.
137. Crippa J. A. S. et al. Agomelatine in the treatment of social anxiety disorder / J.A. Crippa, J. Hallak,A. Zuardi, M.Chagas et al//Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry. – 2010. – Т. 34. – №. 7. – С. 1357-1358.
138. Быков Ю.В. Хлорпротиксен: обзор применения в психиатрии (I часть). / Ю.В.Быков, Р.А. Беккер //Психиатрия и психофармакотерапия. – 2016. – № 18 (2). – С. 26–32.
139. 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. – 2016. – Т. 18. – №. 5. – С. 25-33.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

140. Mula M. The role of anticonvulsant drugs in anxiety disorders: a critical review of the evidence. / M.Mula, S.Pini, G.B.Cassano.// J Clin Psychopharmacol. – 2007. –№ 27(3). – P. 263-272. doi: 10.1097/jcp.0b013e318059361a. PMID: 17502773.

141. Keck P. Jr. Pharmacologic treatment considerations in co-occurring bipolar and anxiety disorders. / P.Jr. Keck, J.R. Strawn, S.L.McElroy // J Clin Psychiatry. –2006/ –67 Suppl 1. – P.8-15. PMID: 16426111.

142. Ravindran L.N. The pharmacologic treatment of anxiety disorders: a review of progress. / L.N. Ravindran, M.B.Stein // J Clin Psychiatry. – 2010/ – Jul;71(7). – P. 839-54. doi: 10.4088/JCP.10r06218blu. PMID: 20667290.

143. Garakani A. Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. / A.Garakani, J.W.Murrough, R.C. Freire et al. // Front Psychiatry. – 2020/ – Dec 23;11. P. 595584. doi: 10.3389/fpsyt.2020.595584. PMID: 33424664; PMCID: PMC7786299.

144. Rakofsky J.J. Treating nonspecific anxiety and anxiety disorders in patients with bipolar disorder: a review. / J.J.Rakofsky, B.W. Dunlop.// J Clin Psychiatry. – 2011. – Jan;72(1)/ – P. 81-90. doi: 10.4088/JCP.09r05815gre. Epub 2010 Nov 16. PMID: 21208580.

145. Davidson J.R. Panic disorder and social phobia: current treatments and new strategies. / J.R. Davidson, K.M. Connor, S.M. Sutherland. // Cleve Clin J Med. – 1998/ –65 Suppl 1. – SI39-44; discussion SI45-7. doi: 10.3949/ccjm.65.s1.39. PMID: 12033205.

146. Pande A.C. Sutherland SM. Treatment of social phobia with gabapentin: a placebo-controlled study. / A.C. Pande, J.R. Davidson, J.W. Jefferson et al. // J Clin Psychopharmacol. – 1999. – Aug;19(4). – P. 341-348. doi: 10.1097/00004714-199908000-00010. PMID: 10440462.

147. Pollack M.H. Gabapentin as a potential treatment for anxiety disorders./M.H. Pollack, J. Matthews, E.L. Scott. //Am J Psychiatry. –1998.– Jul;155(7). – P. 992-993. doi: 10.1176/ajp.155.7.992. PMID: 9659873.

148. Davidson J.R. Pharmacotherapy of social anxiety disorder: what does the evidence tell us? / J.R. Davidson. // J Clin Psychiatry. – 2006/ – №67 Suppl 12. – P. 20-26. PMID: 17092192.

149. Chouinard G. The search for new off-label indications for antidepressant, antianxiety, antipsychotic and anticonvulsant drugs./G.Chouinard //J Psychiatry

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Neurosci. – 2006. – May;31(3). – P. 168-176. PMID: 16699602; PMCID: PMC1449873.

150. Jefferson J.W. Benzodiazepines and anticonvulsants for social phobia (social anxiety disorder). / J.W. Jefferson // J Clin Psychiatry. – 2001. № 62 Suppl 1. – P. 50-53. PMID: 11206035.

151. 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.

152. Ammon G. DasVerstandniseinesEntwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Personlichkeit und umgebender Gruppe alsGrundlagefiirWisscnschaft und Praxis einerDynamischenPsychiatrie. / G Ammon. // DynamischePsychiatrie. – 1978. – Jg. 11.– P. 120-140.

153. 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.

154. 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.

155. 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.

156. 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.

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

158. Исурина Г.Л. Опросник KON-2006» – новый метод исследования невротических черт личности. / Г.Л. Исурина, И.В. Грандилевская, П.К.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Тромбчиньски // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 6(47)

159. 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.

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

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

ПриложениеА1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. 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) член Российского общества психиатров, руководитель рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций «Тревожно-фобические расстройства».
2. Васильева Анна Владимировна – доктор медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, сертифицированный психоаналитик Немецкой академии психоанализа (ДАР), председатель российского отделения Всемирной ассоциации динамической психиатрии (ВАДП). Член Российской психотерапевтической ассоциации, член Российского общества психиатров.
3. 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.
4. 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

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

медицинской психологии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, член Российского общества психиатров

5. Мизинова Елена Борисовна – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «СПбГУ». Член Российской психотерапевтической ассоциации, член Российского общества психиатров.

6. Полторак Станислав Валерьевич – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Член Российской психотерапевтической ассоциации, член Российского общества психиатров.

7. Ляшковская Светлана Владимировна – кандидат медицинских наук, научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Член Российской психотерапевтической ассоциации, член Российского общества психиатров.

Конфликт интересов: отсутствует

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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.

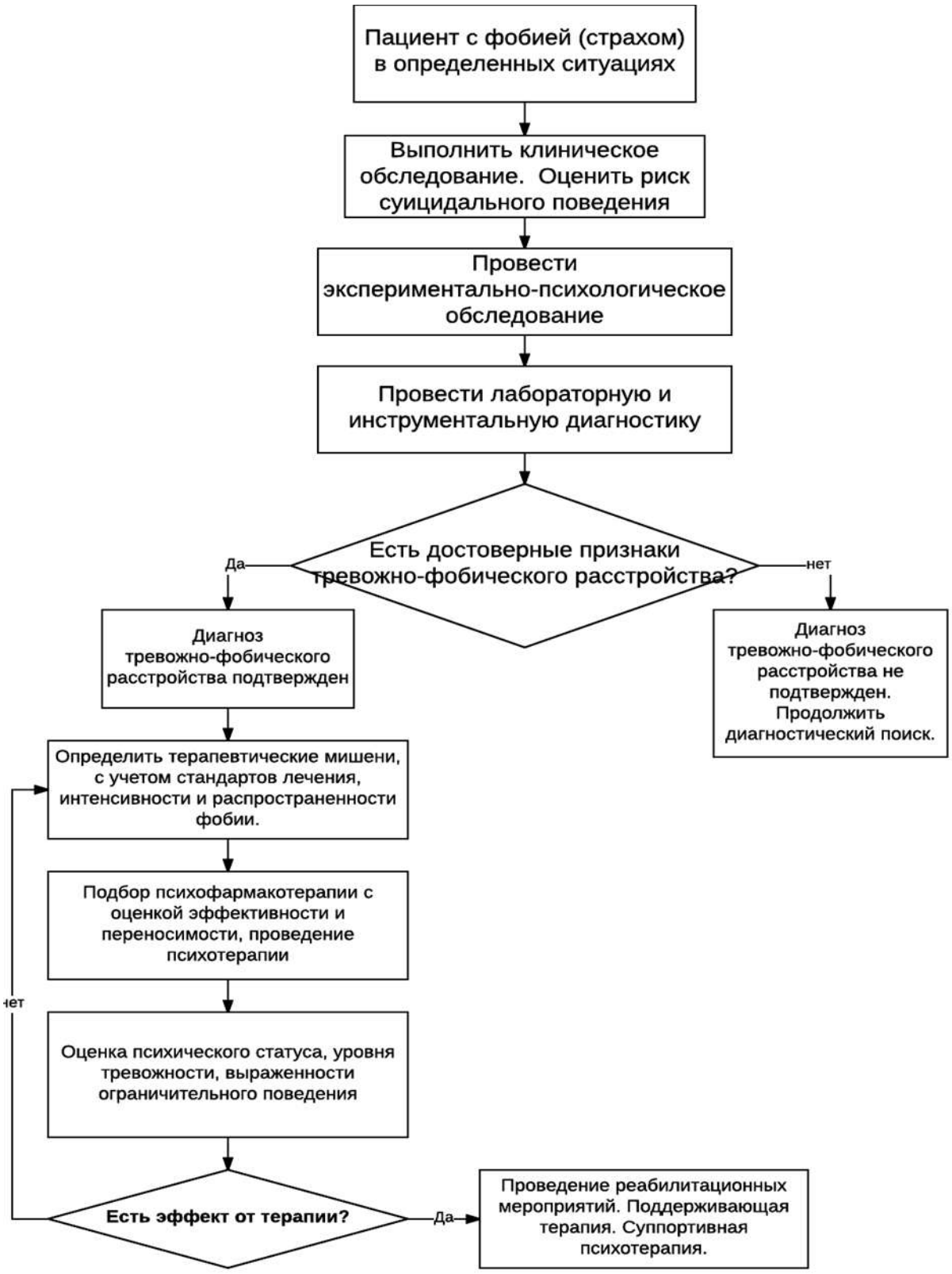
Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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№1218н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, паническом расстройстве, агорафобии».
2. Приказ Минздрава России от 20.12.2012№1224н «Об утверждении стандарта первичной медико-социальной помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, паническом расстройстве, агорафобии в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)».

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Приложение В. Информация для пациента

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.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Приложение Г1-Г15. 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, семейный 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.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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. Опросник выраженности психопатологической симптоматики

Название на русском языке: Опросник выраженности психопатологической симптоматики

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

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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	Совсем	Немного	Умеренно	Сильно	Очень

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

тревожили:	нет				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

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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	Ч исло пунктов
	SOM Соматизация	1 4 12 27 40 42 48 49 52 53 56 58	12
	О-С Обсессивность-компульсивность	3 9 10 28 38 45 46 51 55 65	10
	INT Межличностная тревожность	6 21 34 36 37 41 61 69 73	9

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

	DEP Депрессивность	14 15 20 22 26 29 30 31 32 54 56 71 79	13
	ANX Тревожность	2 17 23 33 39 57 72 78 80 86	10
	HOS Враждебность	11 24 63 67 74 81	6
	PHOB Фобии	13 25 47 50 70 75 82	7
	PAR Паранойяльность	8 18 43 68 76 83	6
	PSY Психотизм	7 16 35 62 77 84 85 87 88 90	10
0	**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 дистрессаPDSI (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
	SOM	0,44±0,03	0,36	1,28±0,08	0,70	0,87	0,99
	O-C	0,75±0,04	0,39	1,45±0,08	0,77	1,47	1,45
	INT	0,66±0,03	0,29	1,40±0,10	0,84	1,41	1,32

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

	DEP	0,62±0,04	0,36	1,56±0,08	0,73	1,79	1,74
	ANX	0,47±0,03	0,30	1,66±0,10	0,78	1,47	1,48
	HOS	0,60±0,04	0,30	1,03±0,07	0,58	1,10	0,94
	PHOB	0,18±0,02	0,13	1,13±0,10	0,74	0,74	0,96
	PAR	0,54±0,04	0,34	0,86±0,08	0,63	1,16	1,26
	PSY	0,30±0,03	0,14	0,82±0,07	0,41	0,94	1,11
0	Dopoln.	0,49±0,03		1,29±0,08	0,62		
1	GSI	0,51±0,02	0,31	1,29±0,06	0,69	1,26	1,30
2	PSI	21,39±2,02		57,04±3,10			
3	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

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Приложение Г3. 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). БизюкА.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 _____

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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 неуверен 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		

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

	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				

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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
	74 49 25				
	73 49 24				
				110 74 37	
	80 53 27				
				98 65 32	

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

	73 49 24				
			111 74 37		
		91 61 30			
			85 56 28		
0					171 114 57
1					129 86 43
2			87 58 29		
3		122 81 41			
4		87 58 29			
5				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

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Приложение Г4. 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
	Я спокоен	1	2	3	4
	Мне ничто не	1	2	3	4

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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

Инструкция

Шкала личной тревожности

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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
1	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
2	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
3	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
4	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
5	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
6	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
7	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
8	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
9	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
0	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
1	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
2	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

3	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
4	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
5	У меня бывает хандра	1	2	3	4
6	Я бываю доволен	1	2	3	4
7	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
8	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
9	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
0	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;

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

∑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

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Приложение Г5. Шкала тревоги А. Бека

Название на русском языке: Шкала тревоги А. Бека

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

Источник: BeckA.T. etal. An Inventory for Measuring Depression // Archives of general psychiatry. – 1961. – Т.4.– №.6. – С. 561-571.

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				

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Приложение Г6. 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					

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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					

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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 Г7. 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)Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1943). The

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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.

Источник: 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 Г8. IchStrukturTestnachG.Ammon – методика «Я-структурный тест» Г. Аммона (1978) (ISTA)

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

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

Источник: Ammon G. Das VerstandniseinesEntwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Personlichkeit und umgebender Gruppe alsGrundlagefiirWisscnschaft und Praxis einerDynamischenPsychiatrie. — Dynamische Psychiatrie, 1978, Jg. 11, s. 120-140.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Был адаптирован и рестандартизирован в Санкт-Петербургском НИИ им. В.М. Бехтерева. 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 Г9. 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.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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-экстернальность 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 Г10. «PersonalBeliefsTest» (KassinoveH., BergerA., 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.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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 Хофстра (США) HowardKassinove, 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 Г11.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.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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 Г12. 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

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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 Г13. 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

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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' DecisionMaking 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 Г14. Опросник невротической личности KON-2006

Название на русском языке: Опросник невротической личности KON-2006

Оригинальное название: Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006 (Aleksandrowicz J., идр, 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

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

университет, факультет психологии. Сравнительное исследование: 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., ИсуринаГ.Л., ГрандилевскаяИ.В., ТромбчиньскиП.К., ГорбуновИ.А. Опросник невротической личности KON-20016 Методические рекомендации СПб 2018 - 62с.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- **<u>вопросник</u>**
- 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.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

Приложение Г15. 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.

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/

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%).

Рекомендовано к изучению редакторами сайта МедУнивер - https://meduniver.com/