

Принципы и алгоритмы психофармакологического лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств)

Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В., Колесова Ю.П.
ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт
им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ

Резюме. В статье представлены современные подходы к психофармакотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) на основе изучения доказательных исследований. Сформулированы основные принципы к оказанию медицинской помощи таким пациентам (принципы этапности, комплексности, дифференцированности, интегративности, краткосрочности). Разработаны алгоритмы психофармакотерапии для каждого вида тревожных нарушений, приведены схемы, показывающие степень доказательности эффективности применений конкретных препаратов и силу рекомендаций.

Ключевые слова: тревожно-фобические расстройства, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, тревога, тревожные состояния, невротические расстройства, принципы лечения, алгоритм терапии, лечение тревожных нарушений, психофармакотерапия.

Principles and Algorithms of Neurotic Level Anxiety Disorders (Anxiety-phobic, Panic and Generalized Anxiety Disorder Psychopharmacological Treatment)

Karavaeva T.A., Vasileva A.V., Poltorak S.V., Kolesova Y.P.
St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. The article considers modern evidence based approaches to the treatment of neurotic level anxiety disorders (social phobia, anxiety and panic disorders, generalized anxiety disorder). The main treatment issues for this category of patients are presented such as principles of differentiation, integration, complexity, integrity and short-temness). Specific psychopharmacological algorithms of each kind of anxiety disorder are elaborated on the main principles of evidence based medicine.

Key words: anxiety, panic disorder, social phobia, generalized anxiety disorder, neurotic disorder, anxiety states and traits, treatment guidelines, therapy algorithm, anxiety symptoms therapy, psychopharmacotherapy.

В настоящее время тревожные расстройства невротического уровня (тревожно-фобические, паническое и генерализованное тревожное расстройства) являются широко распространенными, склонными к хронизации заболеваниями, манифестирующим в молодом, социально активном, возрасте [4, 9, 10, 16]. Своевременное и адекватное врачебное вмешательство обеспечивает терапевтический эффект у пациентов с такими нарушениями, однако без лечения тревожные, фобические, панические проявления могут привести к неблагоприятным последствиям в виде социальной изоляции, потери трудоспособности и, в конечном итоге, к существенному снижению качества жизни [8, 19, 20, 24].

Адекватное применение психотропных препаратов, обладающих антитревожной и анитипанической активностью в комплексной терапии, способствует значительному снижению уровня тревожности, купированию панических состояний, созданию условий для преодоления фобий [1, 2, 5, 11]. Выбор класса базисного препарата и комбинирование его с другими медикаментозными средствами определяется рядом факторов, в числе кото-

рых выраженность клинических проявлений, время наступления эффекта лечения, ожидаемые побочные эффекты, возможные осложнения от проводимой терапии, опыт предыдущего лечения, опасения развития синдромов отмены, условия оказания медицинской помощи и другие [7, 12, 13].

Целью работы являлась разработка принципов и алгоритмов лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) на основе доказательных исследований.

Методы, использованные для сбора / селекции доказательств: поиск в электронных базах данных. Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составила 5 лет. Источники для анализа доказательств: обзоры опубликованных мета-анализов; систематические обзоры с таблицами доказательств.

Для создания алгоритмов психофармакологических подходов к терапии тревожных нарушений невротического уровня применялась следующая рейтинговая система оценки доказательности, со-

гласно иерархии достоверности научных данных (при этом следует иметь в виду, что невысокий уровень доказательности — не всегда свидетельство ненадежности данных):

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению, которые получены на основании одного, хорошо спланированного, или нескольких рандомизированных клинических исследований (РКИ) или большого систематического обзора (мета-анализа) РКИ.

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предположение. Доказательства получены на основании по крайней мере одного контролируемого исследования или систематического обзора когортных исследований или РКИ.

С) Доказательства из неконтролируемых исследований или описание случаев/мнений экспертов

С1 — Неконтролируемые исследования

С2 — Описания случаев

С3 — Мнение экспертов или клинический опыт

Д) Неоднородные результаты

Положительные РКИ перевешиваются примерно равным количеством исследований с отрицательным результатом

Е) Отрицательные доказательства

Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства или метода лечения в определенной ситуации.

Ф) Недостаточно доказательств

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучалась для оценки ее валидности, что определяло уровень доказательности, присваиваемый публикации, который влияет на силу, вытекающих из нее рекомендаций.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Сила	Описание
1	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные как А, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов
2	группа доказательств, включающие результаты исследований, оцененные, как В, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как А
3	группа доказательств, включающие результаты исследований, оцененные, как С1, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как В
4	Доказательства уровня С2 или С3 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как С1

Проведение терапевтических мероприятий пациентам с тревожными расстройствами невротического уровня определяется представлениями о биопсихосоциальной природе этих нарушений и предполагает комплексное применение медикаментозных, психотерапевтических и реабилитационных воздействий с целью достижения скорейшего положительного результата лечения и оптимизации терапевтического процесса [3,7,18].

Важным аспектом организации медицинской помощи больным с тревожно-фобическими, паническим и генерализованным тревожным расстройствами является выделение и соблюдение ряда принципов, позволяющих учитывать как клинические, психологические, социальные характеристики заболеваний, так и организационные аспекты, условия проведения различных видов и этапов терапии [3,17,21,22].

Принцип этапности предусматривает преемственное ведение больных в соответствии с показаниями на амбулаторном и стационарном уровнях. Показания для проведения амбулаторной и стационарной психотерапии в общем виде сформулированы в нормативных документах Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Определение показаний к лечению в амбулаторном порядке или госпитализации в настоящее время основывается на оценке тяжести клинических проявлений, степени нарушения трудоспособности, выраженности ограничительного поведения, а также необходимости изоляции пациента от психотравмирующей ситуации и подборе адекватной терапии.

Однако ни в нормативных документах, ни в научных публикациях не приводятся дифференцированные показания для выбора стационарной или амбулаторной психотерапевтической помощи, основанные на клинических (форма, стадия и продолжительность расстройства, его синдромологические проявления), психологических (клинико-психологические особенности пациента, специфика его мотивации и отношения к предстоящему лечению) и социально-демографических (в том числе микросоциальное окружение, профессиональные аспекты) характеристиках пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня. Это затрудняет эффективное использование амбулаторной и стационарной помощи для более качественной реализации лечения и рациональных реабилитационных мероприятий. Важным является вопрос о взаимодополняемости амбулаторного и стационарного вариантов терапии, которые рассматриваются как последовательные этапы.

С нашей точки зрения целесообразно ориентироваться на следующие показания для выбора организационных условий при оказании медицинской помощи пациентам с тревожными расстройствами невротического уровня [3].

Показания для стационарного лечения:

1. Выраженная астенизация
2. Выраженная соматизация нарушений (психосоматические симптомы)

3. Невозможность подбора медикаментозной терапии амбулаторно за счет резистентности состояния, плохой переносимости терапии
4. Необходимость снизить риск кризисных ситуаций, возможных в ходе лечения
5. Обусловленная симптомами невозможность амбулаторного лечения при агорафобии, прочих фобиях, ограничительном поведении
6. Выраженное снижение трудоспособности из-за выраженной тревоги, частых панических атак
7. Необходимость изоляции из актуальных жизненных психотравмирующих обстоятельств

Показания для амбулаторного лечения:

1. Отсутствие выраженной неврологической и соматической симптоматики;
2. Способность находится в социуме и желание (мотивация) получить навыки совладания с психотравмирующей ситуацией, необходимость сохранения имеющегося уровня адаптации и возможность использования долгосрочных психотерапевтических методов лечения;
3. Возможность подбора медикаментозной терапии в амбулаторных условиях
4. Возможность преодоления ограничительного поведения

Принцип комплексности при реализации психофармакологических, психотерапевтических и реабилитационных стратегий может рассматриваться в нескольких аспектах [6].

Во-первых, организация комплексного обследования пациентов, сочетающего в себе общеклиническое, психологическое и социальное направление. В общеклиническом обследовании использование современных методов диагностики (лабораторные методы, электроэнцефалография, транскраниальная доплерография, магнитно-резонансная томография и пр.) способствуют более тонкой дифференциальной диагностике, выявлению сопутствующей патологии, определению ее роли в течении и тяжести заболевания.

В план психологических диагностических мероприятий включается определение особенностей личностного функционирования, наличия и степени выраженности акцентуаций характера и характерологических особенностей, типа внутренней картины болезни, специфики механизмов психологической адаптации, психологических механизмов возникновения и развития заболевания, симптомообразования, характера мотивации к участию в лечебно-реабилитационной работе.

В оценке состояния пациента и определении прогноза терапии имеют значение социальные, профессионально-трудовые (степень трудоспособности, трудовая занятость, уровень инвалидизации и др.) и социально-бытовые (степень адаптации и актуальная ситуация в семейной и вне-семейных сферах общения) факторы.

Во-вторых, принцип комплексности реализуется с учетом биопсихосоциальной модели при лечении тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств в условиях сочетанного взаимодействия различных специалистов. При комплексной форме работы врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский (клинический) психолог, специалист по социальной работе и др. рассматривают клинко-терапевтические явления под разными углами зрения с позиции своих специальностей, сотрудничая, взаимно дополняя друг друга, при решении основных терапевтических задач.

Бригадный метод позволяет выработать конкретный для каждого больного индивидуальный план лечения, включая весь необходимый комплекс медико-, психолого- и социально-реабилитационных мероприятий (психофармакотерапия, индивидуальная, семейная, групповая психотерапия, социотерапия, терапия средой и др.), в конечном счете, имеющие своей целью максимальное восстановление уровня функционирования больного, улучшение качества его жизни.

Врач организует лечебный процесс и взаимодействие специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи, определяет план обследования и ведения пациента, назначение фармакотерапии, проведение психотерапии, внедряет в работу современные методы лечения, психопрофилактики и психогигиены.

Клинический (медицинский) психолог по назначению врача-психотерапевта проводит психодиагностическое исследование, в том числе в динамике лечения. Совместно с врачом разрабатывает терапевтические, развивающие и психокоррекционные программы с учетом индивидуально-психологических, половых и возрастных факторов. По направлению врача проводит работу по восстановлению психологических предпосылок психического здоровья и коррекции отклонений в развитии личности пациента, выявляя условия, способствующие формированию этих отклонений. Осуществляет мероприятия по психопрофилактике, психокоррекции, психологическому консультированию, оказывая помощь пациентам, их родственникам в решении личностных, профессиональных, семейно-супружеских проблем и трудностей с ближайшим окружением пациентов. Совместно с врачом оценивает эффективность проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий.

Специалист по социальной работе по направлению врача организует индивидуальную, семейную и групповую работу с пациентами с целью улучшения их социальной адаптации, коммуникативных навыков при взаимодействии с другими людьми в быту и в профессиональной деятельности, проведение мероприятий по социально-правовой защите пациентов, организации взаимодействия с учреждениями, оказывающими социальную помощь. Совместно с врачом разрабатывает индивидуальные планы социальной реабилитации пациентов; организует в лечебно-профилактическом

учреждении терапевтическую среду, создает терапевтическое сообщество пациентов, группы по интересам, способствует развитию клубной деятельности. Организует работу групп терапии занятости, терапии творческим самовыражением, работу творческих мастерских и студий, групп психологического образования, способствует развитию самоуправления больных.

В-третьих, принцип комплексности в психотерапевтических и реабилитационных стратегиях реализуется в сочетанном использовании медикаментозных и немедикаментозных методов терапии.

Принцип дифференцированности предполагает целевое применение терапевтических методов для конкретного пациента конгруэнтное основным клиническим проявлениям с этиопатогенетическим соответствием основному характеру нарушений. В зависимости от клинических характеристик тревожных нарушений невротического уровня, личностных особенностей пациента, организационных условий индивидуально оцениваются мишени и цели проводимого лечения, осуществляется подбор комбинированной фармакотерапии, определяется содержание и характер психотерапии, объем, сроки, этапы, порядок оказания всего комплекса лечебных и реабилитационных мероприятий.

Принцип интегративности представляет собой обоснованное взаимосвязанное использование медикаментозного лечения и психотерапевтических методов и приемов, имеющих своей целью более интенсивное воздействие на три компонента психики — когнитивный, эмоциональный и поведенческий для реконструкции всей системы отношений личности, нарушения которой являются основной для существования и хронизации нарушений. Использование психофармакотерапии определяет вектор биологического воздействия, тогда как психотерапия позволяет с успехом решать психологические и социальные трудности, связанные с личностью пациента и его заболеванием. При формировании интегративной психотерапевтической стратегии имеются, определяющие направленность, эффективность, прогноз, методы, играющие стратегическую роль и другие методы, решающие частные тактические задачи, позволяющие повысить эффективность психотерапии в целом.

Принцип краткосрочности. Связанные с социально-экономическими переменами, происходящими в нашем обществе в последние десятилетия, изменения медикаментозных, психотерапевтических и реабилитационных стратегий, способствуют интенсификации лечения, что, в первую очередь, отражается на количестве госпитализаций и сроках пребывания пациентов в стационаре и приводит к их значительному сокращению.

На протяжении последних десятилетий существенно изменились подходы к пониманию взаимоотношения биологических, психологических, социальных факторов в патогенезе тревожных

расстройств невротического уровня. В здравоохранении сформировалась биопсихосоциальная парадигма, упрочились новые взгляды на соотношение и содержание различных видов лечения.

Развитие фармакоиндустрии, разработка новых препаратов и внедрение их в современные терапевтические стратегии лечения позволили не только добиваться более быстрого симптоматического улучшения, но и построения доверительных отношений с пациентом, усиления эффективности психотерапевтических вмешательств, сокращение сроков стационарного лечения, более широкого использования экономически предпочтительных амбулаторных методов терапии.

Соотношение психо- и фармакотерапии в лечебном процессе при невротических расстройствах гибко определяется в каждом конкретном случае. С одной стороны, оно зависит от личности пациента, патогенеза, особенностей симптоматики, стадии заболевания, воздействий окружающих людей и обстоятельств, с другой — от имеющихся фармакологических возможностей, профессиональных представлений медицинского сообщества, научных разработок.

Чем выраженнее в сложном патогенезе тревожных расстройств невротического уровня биологические механизмы, тем более положительный эффект дает применение лекарственной терапии. В то же время биологические виды лечения не всегда решают стратегические задачи достижения длительного и устойчивого результата, а лишь тактические, что определяется существенной ролью психогенных факторов в формировании невротических нарушений. Однако при целенаправленном применении психотропных средств для воздействия на те или иные звенья патогенеза влияние фармакологических веществ на отдельные синдромы или симптомы может приближаться к патогенетическому [3, 20, 22].

Алгоритм психофармакотерапии тревожно-фобического расстройства

1. Антидепрессанты из различных групп, в частности, мirtазапин, и малые антидепрессанты (тразодон, агомелатин) используются для снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний.
2. В качестве препаратов для снятия эмоционального напряжения и снижения интенсивности тревожных нарушений применяются бензодиазепиновые транквилизаторы: клоназепам, альпразолам.
3. Малые нейролептики: сульпирид, алимемазин применяются для воздействия на когнитивную составляющую тревожных и фобических нарушений.
4. Учитывая отставленный эффект антидепрессантов для быстрого воздействия на тревожную и фобическую симптоматику применяются препараты из группы небензодиазепиновых анксиолитиков (гидроксизин, буспирон, этифоксин).

5. Рекомендуемая длительность фармакотерапии тревожно-фобических расстройств — от 3 до 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии [6].
6. Возможные побочные эффекты психофармакотерапии тревожно-фобических расстройств. При применении психотропных препаратов возможны побочные явления: сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или поносы, тошнота, головные боли, головокружение. В то же время адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов [16].

В таблице 1 представлены рекомендуемые дозы препаратов, уровень доказательности и сила рекомендаций для лечения тревожно-фобических расстройств.

Таблица 1			
Препарат	Рекомендуемая доза	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
Антидепрессанты из различных групп			
Миртазапин	15-30	A	1
Антидепрессанты из других групп			
Тразодон	50-300	A	1
Агомелатин	50-100	A	1
Небензодиазепиновые анксиолитики			
Гидроксизин	25-50	A	1
Буспирон	10-60	B	3
Этифоксин	50-200	B	2
Бензодиазепины			
Клоназепам	0,5-2	A	1
Альпразолам	0,25-0,75	A	1
Малые нейролептики			
Сульпирид	200-400	A	1
Алимемазин	10-20	B	2

Алгоритм психофармакотерапии панического расстройства

1. В качестве препаратов для купирования и профилактики панических приступов (panic attack) применяются бензодиазепиновые транквилизаторы: клоназепам, альпразолам.
2. Антидепрессанты из группы СИОЗС (пароксетин, флувоксамин, флуоксетин, сертралин) и малые антидепрессанты из разных групп (тразодон, агомелатин) используются для снижения уровня тревоги и эмоционального напряжения.
3. Малые нейролептики: сульпирид, алимемазин, тиоридазин применяются для воздей-

ствия на когнитивную составляющую тревожных и фобических нарушений.

4. Учитывая отставленный эффект антидепрессантов для быстрого воздействия на тревожную симптоматику применяются препараты из группы небензодиазепиновых анксиолитиков (гидроксизин, буспирон, этифоксин).
5. В качестве нормотимиков используются вальпроевая кислота, окскарбазепин, ламотриджин, прегабалин.
6. Рекомендуемая длительность фармакотерапии панического расстройства — от 3 до 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии.
7. Возможные побочные эффекты психофармакотерапии панического расстройства. При применении психотропных препаратов возможны побочные явления: сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или поносы, тошнота, головные боли, головокружение. В то же время адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов [1, 13, 14].

В таблице 2 представлены рекомендуемые дозы препаратов, уровень доказательности и сила рекомендаций для лечения панического расстройства.

Таблица 2			
Препарат	Рекомендуемая доза	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина			
Пароксетин	20-40	A	1
Флуоксетин	20-60	A	1
Сертралин	50-100	A	1
Флувоксамин	50-100	A	1
Антидепрессанты из других групп			
Тразодон	50-300	A	1
Агомелатин	50-100	A	1
Небензодиазепиновые анксиолитики			
Гидроксизин	25-50	A	1
Буспирон	10-60	B	3
Этифоксин	50-200	B	2
Бензодиазепины			
Клоназепам	0,5-2	A	1
Альпразолам	0,25-0,75	A	1
Малые нейролептики			
Сульпирид	200-400	A	1
Алимемазин	10-20	B	2
Тиоридазин	20-40	B	2

Алгоритм психофармакотерапии генерализованного тревожного расстройства

1. В качестве препаратов первой линии преимущественно рассматриваются СИОЗС (пароксетин, эсциталопрам, сертралин) и СИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин). Доказаны эффекты трициклических антидепрессантов (кломипрамин) [2, 10].
2. Подтвержден анксиолитический эффект прегабалина, его влияние на психический, соматический и вегетативный компоненты тревоги, а также хорошая переносимость и высокий уровень безопасности.
3. Применение бензодиазепинов (диазепам, лоразепам, феназепам) ограничивается значимыми нежелательными эффектами — седацией, снижением концентрации внимания и запоминания, нарушением психомоторных функций, риск формирования зависимости, выраженный синдром отмены, проявляющийся ухудшением состояния и усилением тревоги после прекращения приема и поэтому должно ограничиваться короткими курсами (не более 2-3 недель).
4. Среди нейрорептиков препаратами выбора являются кветиапин, клозапин, хлорпротексен.
5. Рекомендуемая длительность терапии генерализованного тревожного расстройства — не менее 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии, однако в большинстве случаев целесообразен более длительный период лечения.
6. Возможные побочные эффекты психофармакотерапии генерализованного тревожного расстройства. При применении психотропных препаратов возможны побочные явления: сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или поносы, тошнота, головные боли, головокружение. В то же время адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов [23].

В таблице 3 представлены рекомендуемые дозы препаратов, уровень доказательности и сила ре-

комендаций для лечения генерализованного тревожного расстройства

Таблица 3

Препарат	Рекомендуемая доза	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина			
Пароксетин	20-50	A	1
Эсциталопрам	10-20	A	1
Сертралин	50-150	A	1
Ингибиторы обратного захвата норадреналина и серотонина			
Венлафаксин	75-225	A	1
Дулоксетин	60-120	A	1
Трициклические антидепрессанты			
Кломипрамин	75-200	A	2
Бензодиазепины			
Диазепам	5-15	A	1
Лоразепам	2-8	A	1
Феназепам	1-3	B	3
Нейрорептики			
Кветиапин	50-300	A	1
Хлорпротексен	30-150	B	2
Клозапин	25-200	B	3

Качественная организация медицинской помощи пациентам с тревожными расстройствами невротического уровня (тревожно-фобическими, паническим, генерализованным тревожным расстройствами), с учетом основных тенденций изменения психофармакологических, психотерапевтических и реабилитационных стратегий, использование комплексных и интегративных подходов, привлечение для участия в лечении различных специалистов позволяет не только решать задачи повышения эффективности и скорейшего выздоровления пациентов, но и добиваться большей рентабельности терапии [3, 6].

Литература

7. Вейн, А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты). — М.: «Эйдос Медиа». — 2004. — 408 с.
8. Залуцкая Н.М. Генерализованное тревожное расстройство: современные теоретические модели и подходы к диагностике и терапии. Часть 2. / Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2014 — № 4. — С. 129-134.
9. Караваева Т.А. Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств / Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2010. — № 3. — С. 71-74.
10. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бутыма Б.Г., Еричев А.Н., Мельникова Ю.В., Саврасов Р.Г. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 1. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2013 — Т. 23. — С. 45-50.
11. Литвинцев С.В., Успенский Ю.П., Балукоева Е.В. Новые возможности терапии тревожных расстройств // Российский психиатрический журнал. — 2007. — № 3. — С. 73-79.
12. Полтораки С.В., Караваева Т.А., Васильева А.В. Изменение соотношения психоте-

- рации и фармакотерапии при невротических расстройствах во второй половине XX и начале XXI веков. // Вестник психотерапии. — 2013. — № 47. — С. 29-37.
13. Прибытков А.А., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П., Юркова И.О. Вопросы терапии соматоформных расстройств: медикаментозные и психотерапевтические подходы // Социальная и клиническая психиатрия. — 2014 — Т. 24. — С. 73-80.
 14. Резник А.М., Арбузов А.Л., Квашина Н.В., Лисицына Е.А. Агорафобия и паническое расстройство с генерализацией тревоги: клиника и возможности терапии / Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — Т. 6.
 15. Чуркин А.А. Результаты эпидемиологического исследования распространенности ГТР среди населения крупного промышленного города. Доклад на экспериментальном совещании по вопросам диагностики и терапии ГТР 25.03.2010.
 16. Andlin-Sobocki P., Wittchen H-U Cost of anxiety disorders in Europe. — Eur. J. Neurol. — 2005. — Vol. 12. — P. 9-44.
 17. Behar, E., Borkovec, T.D. (2005). The nature and treatment of generalized anxiety disorder. In: B.O. Rothbaum (Ed.), The nature and treatment of pathological anxiety: essays in honor of Edna B. Foa (pp. 181-196). New York: Guilford.
 18. Boerner R.J., Moller H.J. Pharmakotherapie der Panikstörung und/oder Agoraphobie — Leitlinien und Ulinische Anwendungsstrategien. psychopharmakotherapie — 1996. — Vol. 3. — P. 168-177.
 19. Bruce S.E., Yonkers K.A., Otto M.W. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia and panic disorder: 12-year prospective study. — Am. J. Psychiatry. — 2005. — Vol. 62. — P. 1179-1187.
 20. Daniels CY. Panic disorder. 2010. <http://emedicine.medscape.com/article/287913-overview>
 21. Hoehn-Saric, M.D., McLeod, D. R., Funderburk, F. Kowalski, P. Somatic symptoms and physiologic responses in generalized anxiety disorder and panic disorder. An ambulatory monitor study. — Archives of General Psychiatry. — 2004. — Vol. 61. — P. 913-921.
 22. Holaway R.M., Rodebaugh T.L., Heimberg R.G. The epidemiology of worry and generalized anxiety disorder. In G. C. L. Davey, A. Wells (Eds.), Worry and its psychological disorder: Theory, assessment and treatment. — Chichester: Wiley. — 2006. — P. 3-20.
 23. Katschnig H., Stolk J.M., Klerman G.L., et al. Discontinuation and longterm follow-up of participants in a clinical drug trial for panic disorder. — Lid Psychiatry. — 1992. — Vol. 1. — P. 657-660.
 24. Mennin D.S., Heimberg R.G., Turk C.L., Fresco D.M. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. — Behaviour Research and Therapy. — 2005. — Vol. 43. — P. 1281-1310.
 25. Nutt D.J., Feeney A., Argyropoulos S. Anxiety disorders comorbid with depression: panic disorder and agoraphobia // Martin Dunitz. — 2002. — P. 67-78.
 26. Romera I., Fernandez-Perez S., Montego B.L., Caballero L., Arbesu J.B., Delgado-Cohen H. Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder, in primary care: prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status. — J Affect Disord. — 2010. — Vol. 127. — P. 160-168.
 27. Roy-Byrne P.P., Craske G., Stein M. / Panic disorder // The Lancet. — 2006. — Vol. 368. — P. 1023-1032.
 28. Turk C.L., Heimberg R.G., Luterek J.A., Mennin D.S., Fresco D.M. Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: a comparison with social anxiety disorder. — Cognitive Therapy and Research. — 2005. — Vol. 29. — P. 89-106.
 29. Walley E.J., Beebe D.K., Clark J.L. Management of common anxiety disorders // Am Fam Physician. — 1994. — Vol. 50. — P. 1745-1753.
 30. Wittchen H-U. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. — Depress.Anxiety. — 2002. — Vol. 16. — P. 162-171.

Сведения об авторах

Караваева Татьяна Артуровна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. E-mail: tania_kar@mail.ru

Васильева Анна Владимировна — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. E-mail: annavdoc@yahoo.com

Полторак Станислав Валерьевич — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. E-mail: poltorak62@mail.ru

Колесова Юлия Павловна — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. E-mail: yulia_leo@mail.ru