

Приложение  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО НОЗОЛОГИИ «ПАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ  
«ПАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА»**

**Ташкент-2025**

## 1.Вводная часть

### Коды по МКБ 10/11

<b>F41.0</b>	Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)
<b>F41.00</b>	ПР умеренной степени – по меньшей мере 4 панические атаки в четырехнедельный период
<b>F41.01</b>	ПР тяжелой степени – по меньшей мере четыре панических атаки в неделю за четыре недели наблюдения
<a href="https://icd.who.int/browse10/2010/en#">https://icd.who.int/browse10/2010/en#</a>	
<b>6B01</b>	<b>Паническое расстройство</b>
<b>MB23.N</b>	<b>Паническая атака</b>
<a href="https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2025-01">https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2025-01</a>	

**Дата разработки и пересмотра протокола:** 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

**Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:** Республиканский специализированный научно-практический центр психического здоровья

**В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:**

Алимов У.Х. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Абдуллаева В.К. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии ТашПМИ.

**Список авторов:**

Ашуров З.Ш. - д.м.н., проф., директор РСНМЦПН заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Ташкентской медицинской академии, главный психиатр и нарколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Президент Ассоциации психиатров Узбекистана.

Чембаев Б.Р.- PhD, заместитель директора РСНПМЦПЗ по психиатрии.

Рогов А.В. – PhD, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии ТашПМИ.

**Рецензенты:**

Сиволап Ю.П. - д.м.н., профессор кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования РУДН имени Патриса Лумумбы

Велиляева А.С.-заведующая кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии, Самаркандского государственного медицинского

Руководитель рабочей группы- д.м.н., профессор З.Ш.Ашуров. Директор РСНПЦПЗ

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканский Специализированный Научно-Практический Центр Психического Здоровья №3 « 15»май\_2025 г.

Председатель Ученого Совета – Директор РСНПЦПЗ д.м.н., профессор З.Ш.Ашуров

Экспертная оценка со стороны специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

1. Ибодуллаев Зарифбой Раджабович - Ташкентская Медицинская Академия
2. Нурхаджаев Сабир Насирхаджаевич - Ташкентский педиатрический медицинский институт

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

### Список сокращений:

<b>ПА</b>	–	паническая атака
<b>ПР</b>	–	паническое расстройство
<b>МРТ</b>	–	магнитно-резонансная томография
<b>РКИ</b>	–	рандомизированное контролируемое исследование

## **Оглавление:**

1. Национальный клинический протокол диагностики и лечения по нозологии «ПАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА».....1-16
2. Национальный клинический протокол медицинского вмешательства по нозологии «ПАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА».....18-20
3. Национальный клинический протокол профилактики и реабилитации по нозологии «ПАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА».....20

### **Пользователи протокола:**

1. Врачи-психиатры;
2. Врачи-детские психиатры
3. Психоневрологи
4. Врачи-психотерапевты
5. Клинические психологи
6. Врачи общей практики;
7. Организаторы здравоохранения
8. Врачи общей практики
9. Врачи-терапевты
10. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, магистры, докторанты

### **Определения**

**Паническое расстройство (ПР) (эпизодическая пароксизмальная тревога)** – одно из наиболее распространенных психических расстройств, которое проявляется повторными паническими приступами, часто возникающими спонтанно, непредсказуемо для пациента без связи со специфическими ситуациями, конкретными объектами, физическим напряжением или опасными для жизни ситуациями, при этом довольно быстро формируется антиципационная тревога – страх ожидания приступа.

### **Этиология и патогенез**

Среди факторов риска появления панического расстройства (ПР) выделяют:

**Личностные особенности** – общая негативная аффективность, склонность к переживанию негативных эмоций и тревожная сенситивность (предрасположенность к негативной оценке различных проявлений тревоги и представления об их негативных последствиях для здоровья). Отдельным фактором рассматривается склонность к тревожным руминациям, размышлениям по поводу паники, хотя их степень риска в развитии ПР пока не определена. Наличие в анамнезе кратковременных приступов страха (ограниченных по времени приступов паники, не удовлетворяющих диагнозу ПР) может быть фактором риска манифестации панической атаки (ПА) и ПР. Выраженная сепарационная тревога в детстве часто встречается у пациентов с ПР, но не рассматривается как самостоятельный предиктор ПР.

**Социальные факторы** – наличие плохого обращения в детстве, сексуального и физического насилия в анамнезе пациентов с ПР встречаются чаще, чем при других тревожных расстройствах. Имеются исследования, указывающие на то, что дети, воспитанные матерями, страдающими ПР, чаще страдают этим расстройством, по сравнению с пациентами у чьих матерей не было ПР. На сегодняшний день неясно отражает ли данный факт влияние генетического фактора, тревожной готовности, как результата воспитания, или их комбинацию. Курение считается фактором риска, как для ПА, так и для ПР. Многие пациенты отмечают наличие конкретных ситуаций напряжения, предшествовавших первой ПА (межличностные трудности, физические недомогания, побочные эффекты при приеме препаратов, общий наркоз, болезнь или смерть члена семьи), в ряде случаев эта связь устанавливается в процессе психотерапии.

**Генетические и физиологические факторы** – ПР относится к полигенным мультифакторным заболеваниям, активно ведется изучение генетических полиморфизмов (множества генетических вариантов), отвечающих за манифестацию ПР. Имеется повышенный риск заболеть ПР, если родители страдают тревожными, депрессивными или биполярным расстройствами. Современные нейробиологические исследования указывают на особую роль амигдалы и связанных с ней структур для ПР. Рассматривается значение аномалий строения и функций лимбической системы, базальных ганглиев, ствола мозга, височной и префронтальной коры. Дыхательная патология, такая как астма, связана с ПР на уровне анамнеза, коморбидности и семейного анамнеза.

ПР является на сегодня наиболее изученным среди тревожных расстройств, тем не менее не существует единой концепции этиопатогенеза данной патологии. Популярными являются вегетативная теория, которая базируется на изучении кардиальных показателей взаимодействия симпатической и парасимпатической систем и реакции на норадренергические препараты. Имеющиеся данные подтверждают, что ПР может формироваться вследствие дисфункции или нарушения взаимодействия между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы. Другая популярная теория – серотонинэргическая, в пользу которой дополнительно говорит хороший терапевтический эффект при применении серотонинергических препаратов. Тесные взаимодействия между серотонинергической и другими нейромедиаторными системами, в особенности норадренергической, при ее дисфункции может приводить к нарушениям вегетативной регуляции и манифестации ПР. Изучается роль нарушений в ГАМК-эргической передаче и орексиновой системы мозга.

В развитии ПР также рассматриваются нейроэндокринные аспекты патогенеза, имеет значение функционирование гормональных систем организма, уровень и динамика кортизола, пролактина, эстрогена, тиреотропного гормона (ТТГ).

Существует ряд теорий, которые, признавая существенную роль биологического фактора, в качестве причины ПР определяют психологические факторы. Наиболее популярной является когнитивная теория. Она указывает на то, что пациенты с ПР имеют специфические личностные характеристики: повышенная тревожная чувствительность и снижение интероцептивного порога, имеют тенденцию к катастрофическому стилю мышления, стремлению к гиперконтролю. Эта теория подтверждается в экспериментах, где такие индивиды отмечают значительно большее число симптомов при провокации физической нагрузкой. Психодинамический подход указывает на то, что опыт эмоциональной депривации со значимым другим, олицетворяющим безопасность и отсутствие стабильной привязанности в раннем детстве, приводит к дефициту в структуре личности, определяющим проблемы в дифференциации психических и соматических ощущений и регуляцию аффективного напряжения, что создает предрасположенность для манифестации ПР.

## Эпидемиология

ПР наиболее часто встречается в возрасте от 25 до 64 лет, данные большинства эпидемиологических исследований показывают 2-4-кратное преобладание женщин над мужчинами. Распространенность данного заболевания среди населения составляет по разным исследованиям от 2 до 5%.

## Классификация

Классификация ПР (клиническая):

1. ПР с агорафобией.
2. ПР без агорафобии.

## Клиническая картина

В клинической картине ПР ведущее значение имеет периодическое возникновение приступов панических атак различной интенсивности, страх и тревога ожидания новых приступов, а также высокая вероятность формирования ограничительного поведения.

### Типичная картина приступа

Характерное начало симптомами со стороны сердечно-сосудистой системы – с внезапно начавшегося «сильного сердцебиения», ощущения «перебоев», «остановки», дискомфорта или боли в области сердца. Большинство панических атак сопровождаются подъемом артериального давления (АД), цифры которого могут быть достаточно высокими. По мере снижения интенсивности ПА цифры АД снижаются параллельно дезактуализации страха, что может служить надежным диагностическим критерием при дифференциальной диагностике гипертонической болезни с кризовым течением и панического расстройства.

Наиболее выраженные нарушения в дыхательной системе: затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха с одышкой и гипервентиляцией, «чувство удушья». Описывая приступ, пациенты сообщают, что «перехватило горло», «перестал поступать воздух», «стало душно». Именно эти ощущения заставляют больного открывать окна, балкон, искать «свежий воздух». Приступ может начинаться с ощущения удушья, и в этих случаях страх смерти возникает как следствие «затруднения» дыхания.

Реже наблюдаются желудочно-кишечные расстройства, такие как тошнота, рвота, отрыжка, неприятные ощущения в эпигастрии.

Как правило, в момент ПА наблюдаются головокружение, потливость, тремор с чувством озноба, «волны» жара и холода, парестезии, похолодание кистей и стоп.

В завершающей стадии приступа могут быть полиурия и/или частый жидкий стул.

Объективно определяются изменение цвета лица, частоты пульса, колебания АД, причем нередко обнаруживается диссоциация между субъективным переживанием вегетативных нарушений больными и их выраженностью при объективном осмотре.

Ключевым отличием ПР от изолированных ПА является формирование страха ожидания новой ПА и, как следствие, охранительного поведения, то есть избегания мест и ситуаций, в которых уже возникала ПА (например, общественного транспорта, большого скопления людей и т.п.).

#### Характерные проявления симптомов при паническом расстройстве

<b>Характеристики приступа</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• дискретность эпизодов</li><li>• наличие интенсивного страха или дискомфорта</li><li>• внезапность появления приступа</li><li>• нарастание максимума в течение нескольких минут</li><li>• продолжительность, по меньшей мере несколько минут</li></ul>
<b>Характеристики вегетативных нарушений</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• усиление или учащение сердцебиения</li><li>• потливость, дрожание или тремор</li><li>• сухость во рту</li><li>• затруднение дыхания</li><li>• чувство удушья</li><li>• боль и дискомфорт в груди</li><li>• тошнота или дискомфорт в животе</li><li>• приливы и чувство озноба</li><li>• онемение или ощущение покалывания</li></ul>
<b>Характеристика психического состояния:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• чувство головокружения, неустойчивости, ощущения «предобморочного состояния»</li><li>• ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «находится не здесь» (деперсонализация)</li><li>• часто присутствуют «вторичные фобии»: страх умереть, потерять контроль над собой или сойти с ума, страх катастрофы с сердцем, инфаркта, инсульта, падения, неловкой ситуации</li><li>• возможны также дисфорические проявления: раздражительность, обидчивость, агрессия</li><li>• встречаются депрессивные состояния с тоской, подавленностью, безысходностью, жалостью к себе</li><li>• могут развиваться истеро-конверсионные расстройства при приступах: «чувство кома в горле», афония, амавроз, мутизм, онемение или слабость в конечностях; также отмечаются атаксия и вытягивание, «выворачивание», «скрючивание» рук.</li></ul>

**Вторичные нарушения:**

- вторичные страх смерти, утраты самоконтроля, сумасшествия;
- вторичное избегание какой-либо ситуации, в которой ПА возникла впервые;
- вторичные страхи остаться одному, людных мест, повторных ПА;
- вторичные социальные фобии; о вторичные ипохондрические расстройства;
- вторичные депрессивные расстройства;
- вторичное злоупотребление алкоголем (с анксиолитической целью);
- вторичная зависимость от седативных средств.

**Разновидности панических приступов:**

- а) по представленности симптомов:
- большие (развернутые) панические приступы — 4 симптома и более,
  - малые (симптоматически бедные) — менее 4-х симптомов.

Большие приступы возникают реже, чем малые (1 раз/месяц-неделя), а малые могут возникать до нескольких раз в сутки.

- б) по выраженности тех или иных составляющих:

Тип приступов	Преобладающие нарушения
«вегетативные» (типичные)	с преобладанием вегетативных нарушений и недифференцированных фобий.
«гипервентиляционные»	с ведущими гипервентиляционными нарушениями, усиленным дыханием, рефлекторным апноэ, парестезиями, болями в мышцах, связанными с респираторным алкалозом.
«фобические»	фобии преобладают в структуре панической атаки над вегетативной симптоматикой. Возникают при присоединении страха в ситуациях, потенциально опасных, по мнению больного, для возникновения приступов.
«конверсионные»	доминирует истеро-конверсионная симптоматика, нередко с сенестопатическими расстройствами, характерна незначительная выраженность или отсутствие паники
«сенестопатические»	с высокой представленностью сенестопатий.
«аффективные»	с выраженными депрессивными или дисфорическими расстройствами.
«деперсонализационно-дереализационные»	с ощущениями нереальности восприятия себя или окружающего

**Течение ПР:**

По мере прогрессирования, в «классических» случаях характерна следующая динамика ПР, которое обычно проходит следующие стадии:

- симптоматически бедные приступы,
- развернутые приступы паники,
- ипохондрия,
- ограниченное фобическое избегание,
- обширное фобическое избегание, вторичная депрессия.

Заболевание может развиваться медленно в течение месяцев и лет, а может быстро — в течение дней или недель. В 50% случаев ПР начинается со стадии 1, а в 50% — со стадии 2.\

По мере продолжения приступов паники они могут связываться с различными жизненными обстоятельствами, которые становятся как бы условными фобическими триггерами. Панические приступы, возникнув, имеют тенденцию к закреплению и повторяются в сходных ситуациях (места большого скопления людей, общественный транспорт и пр.) У больных возникают тревожные ожидания возможности повторения приступов (антиципационная тревога). Нередко устойчивое чувство страха формируется уже после первого пароксизма и касается той ситуации, в которой он возник (метро, автобус, толпа). Если приступ случается дома, в одиночестве, часто появляется страх одному оставаться дома. Это способствует формированию особого режима ограничительного поведения, так называемого поведения избегания или фобического поведения, которое формируется из ситуации прошлого приступа и способствует возникновению агорафобии. В соответствии с МКБ-10 в этом случае устанавливается диагноз «ПР с агорафобией».

Выделяются три «подтипа» течения ПР:

- 1) Представлены только ПА, клиническая картина которых расширяется лишь за счет проходящих ипохондрических фобий и агорафобии, носящих вторичный характер. По минованию острого периода и редукции панических приступов происходит и полное обратное развитие всех психопатологических расстройств.
- 2) К атакам быстро присоединяется агорафобия, которая отличается стойкостью проявлений. Быстро формируется фобофобия и избегающее поведение. По мере обратного развития панических приступов, редукции других психопатологических расстройств не происходит. Агорафобия выходит на первый план в клинической картине и приобретает стойкий и независимый от атак характер. Основной идеей, которой подчинен весь образ жизни больных, становится ликвидация условий возникновения данных приступов (ограничительный образ жизни).
- 3) Характеризуется развитием на фоне ПА ипохондрических фобий. После этапа развернутых приступов на первый план выходят кардио-, инсульто-, танатофобия, определяющие клиническую картину на протяжении месяцев и даже лет. Отмечается постоянная интероцептивная бдительность и ипохондрическая озабоченность своим здоровьем, при этом поводом для обострения фобий могут стать самые незначительные отклонения в деятельности организма. В то же время агорафобии и ограничительное поведение отсутствуют.

При тревожных расстройствах часто встречаются нарушения в когнитивной сфере. Выделяют:

- 1) нарушения внимания и исполнительских функций;
- 2) расстройства памяти, трудности запоминания, обусловленные нарушением внимания; когнитивный и метакогнитивный дефицит и уязвимость.

Нарушение функции внимания:

- 1) негативное селективное восприятие – обостренное внимание к тревожным стимулам, приводящее к тому, что они обнаруживаются быстрее, чем нейтральные стимулы;
- 2) трудности переключения.

Нарушение памяти – не фиксируется положительный опыт преодоления ситуации. Важнейший когнитивный фактор развития тревожных расстройств – непереносимость неопределенности, катастрофическая интерпретация соматических ощущений.

При ПР имеется высокая коморбидность с аффективными нарушениями, преимущественно депрессивными, биполярным расстройством, суицидальным поведением, алкогольной

зависимостью и злоупотреблением психоактивными веществами, соматическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, респираторными нарушениями, неврологическими заболеваниями.

ПР рекомендовано дифференцировать со следующими расстройствами:

- социальная фобия;
- специфическая фобия;
- обсессивно-компульсивное расстройство;
- посттравматическое стрессовое расстройство;
- генерализованное тревожное расстройство;
- аффективные расстройства настроения (большое депрессивное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство, дистимия);
- соматоформные расстройства;
- шизофрения (приступообразная-прогредиентная, вялотекущая), шизотипическое расстройство;
- расстройства личности (истерическое, обсессивно-компульсивное, тревожное, эмоционально-неустойчивое, зависимое);
- эпилепсия;
- резидуально-органические заболевания головного мозга;
- органические заболевания головного мозга;
- гипоталамическое расстройство;
- патология щитовидной железы;
- феохромоцитома;
- артериальная гипертензия;
- кардиальные аритмии;
- пролапс митрального клапана;
- ишемическая болезнь сердца;
- респираторные нарушения;
- употребление психоактивных веществ (напр., амфетаминов, кокаина и др.);
- отмена производных бензодиазепина
- побочные эффекты фармакотерапии (к примеру, кортикостероидов системного действия, половых гормонов и модуляторов функций половых органов, психостимуляторов, средств, применяемых при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью, иноотропных препаратов, препаратов для лечения заболеваний сердца).

## Диагностика

### Критерии установления диагноза

А. Рекуррентные панические атаки, не связанные со специфическими ситуациями или предметами, а часто случающиеся спонтанно (эти эпизоды непредсказуемы). Панические атаки не связаны с заметным напряжением или с проявлением опасности или угрозы жизни.

Б. Паническая атака характеризуется всеми следующими признаками:

- 1) это дискретный эпизод интенсивного страха или дискомфорта;
- 2) она начинается внезапно;
- 3) она достигает максимума в течение нескольких минут и длится, по меньшей мере, несколько минут;

4) должны присутствовать минимум 4 симптома из числа нижеперечисленных, причем один из них должен быть из перечня а-г:

**Вегетативные симптомы**

- а) усиленное или учащенное сердцебиение;
- б) потливость;
- в) дрожание или тремор;
- г) сухость во рту (не обусловленная приёмом препаратов или дегидратацией);

**Симптомы, относящиеся к телу:**

- д) затруднения в дыхании;
- е) чувство удушья;
- ж) боли или дискомфорт в груди;
- з) тошнота или абдоминальный дистресс (например, жжение в желудке, диарея, метеоризм);

**Симптомы, относящиеся к психическому состоянию**

- и) чувство головокружения, неустойчивости, обморочности;
- к) ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «находится не здесь» (деперсонализация);
- л) страх потери контроля, сумасшествия;
- м) страх умереть;

**Общие симптомы**

- н) приливы или чувство озноба;
- о) онемение или ощущение покалывания.

В. Наиболее часто используемые критерии исключения. Приступы паники не обусловлены физическим расстройством, органическим психическим расстройством (F00-F09) или другим психическим расстройством, таким как шизофрения и связанные с ней расстройства (F20-F29), (аффективные) расстройства настроения (F30-F39) или соматоформные расстройства (F45-).

**Жалобы и анамнез**

<b>5C</b>	При опросе пациентов с жалобами на тревогу рекомендуется обратить внимание на наличие дискретных приступов неконтролируемой тревоги, паники, не связанных со специфическими ситуациями с целью верификации диагноза.
-----------	--

<b>5C</b>	При сборе анамнеза у пациентов с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется обратить внимание на наличие панических и тревожных расстройств у родственников первой степени родства, пробандов и проявлений сверхтревожности и гиперопеки со стороны родителей пациента с целью дифференциальной диагностики.
-----------	--

<b>5C</b>	При анализе жалоб пациента с эпизодической (пароксизмальной) тревогой, рекомендуется выделить жалобы, относящиеся к вегетативным проявлениям тревоги, сопровождающие панические приступы (ускоренное сердцебиение, потливость, озноб, дрожь, чувство нехватки воздуха, слабость, головокружения, зуд, онемение в
-----------	--

	конечностях, боли за грудиной или в области желудка, тошнота), в целях оценки состояния и подбора терапии.
--	--

<b>5C</b>	При сборе анамнеза у всех пациентов с ПА рекомендуется обратить внимание на наличие и оценить выраженность и интенсивность ограничительного поведения с целью определения нарушений социального функционирования и степени снижения качества жизни и для выработки индивидуальной психотерапевтической стратегии.
-----------	---

<b>5C</b>	При сборе анамнеза у всех пациентов рекомендуется обратить внимание на наличие установленных ранее диагнозов или признаков и симптомов соматических заболеваний, при которых возможно развитие состояний, схожих с ПА (ишемическая болезнь сердца, эпилепсия, бронхиальная астма, феохромоцитома, гипертиреоз, артериальная гипертония, гипогликемические состояния и др.) с целью дифференциальной диагностики ПР.
-----------	---

<b>5C</b>	При сборе анамнеза у всех пациентов с ПР необходимо оценить суицидальный риск с целью дифференциальной диагностики состояния, определения вида и объема психиатрической помощи.
-----------	---

<b>5C</b>	При сборе анамнеза у всех пациентов рекомендуется обратить внимание на эпизоды злоупотребления психоактивными веществами или алкоголем и историю приема каких-либо медикаментов с целью дифференциальной диагностики ПР и расстройств, вызванных употреблением химических веществ.
-----------	--

<b>5C</b>	При сборе анамнеза и уточнении жалоб всех пациентов с тревогой рекомендуется обратить внимание на наличие у пациентов актуально или в прошлом признаков наличия других психических расстройств (кроме ПР), особенно таких как посттравматическое стрессовое расстройство, депрессия и биполярное расстройство, с целью дифференциальной диагностики ПР.
-----------	---

ПА часто наблюдаются в рамках других психических расстройств, отличных от ПР. В случае выявления посттравматического стрессового расстройства, депрессии или биполярного расстройства более правомерным представляется оценка ПА у данных пациентов как симптома вышеуказанных заболеваний.

### Физикальное обследование

<b>5C</b>	Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой физикальное обследование рекомендуется начать с наружного осмотра, измерения роста, массы тела, уровня физического развития, целостности кожных покровов пациента с целью исключения
-----------	---

соматических заболеваний, выявления следов самоповреждающего поведения в т.ч. самопорезов (с учетом их давности), оценки соматического статуса.

**5C** Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется проведение стандартного физикального и неврологического осмотра с целью исключения органических причин вегетативных симптомов и для подтверждения диагноза ПР.

**5C** Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой в физикальное обследование рекомендуется включать осмотр волосистой части головы для выявления рубцов и шрамов после перенесенных травм, осмотр слизистой полости рта и языка (рубцы, наличие следов прикусов) с целью дифференциальной диагностики с эпилепсией, черепно-мозговыми травмами и приступами потери сознания.

**5C** Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой в физикальное обследование рекомендуется включать выявление следов инъекций различной давности с целью выявления применения психоактивных веществ (ПАВ).

**5C** Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется провести пальпацию щитовидной железы для исключения заболеваний щитовидной железы.

**5C** Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется измерить пульс и артериальное давление (АД) лежа (после отдыха 5 минут) и стоя (через 3 минуты после вставания) с целью оценки вегетативных проявлений и соматического статуса.

**5C** Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется установить отсутствие экзофтальма для исключения заболеваний щитовидной железы.

### Лабораторные диагностические исследования

Не существует каких-либо лабораторных методов диагностики ПР. Лабораторные исследования применяются для исключения другой симптоматически сходной патологии.

**5C** Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой 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.

**5C** Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой 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.
--	--

### Инструментальные диагностические исследования

<b>5С</b>	Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется проведение электроэнцефалографии для оценки биоэлектрических потенциалов головного мозга и исключения пароксизмальных состояний.
-----------	---

<b>5С</b>	Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется проведение дуплексного сканирования транскраниальных артерий и вен для исключения сосудистой патологии.
-----------	--

<b>5С</b>	Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга для исключения органического поражения головного мозга.
-----------	---

<b>2В</b>	Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется проведение электрокардиографии для оценки соматического состояния, исключения сердечно-сосудистой патологии.
-----------	---

### Иные диагностические исследования

#### Клинико-психологическое психодиагностическое исследование

ПР является заболеванием, 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. При этом одной из важнейших составляющих участия медицинского психолога в оказании медицинской помощи пациентам с ПР, является психологическая диагностика. Используются все основные виды, методы и методики, принятые как в психологической диагностике в целом, так и в ее прикладном клиническом разделе, именуемом «медицинской психодиагностикой» или «психологической диагностикой в клинике». В соответствии с базовыми теоретическими положениями психологической диагностики, в клинической практике используются и клинико-психологические (экспертные) методы (клиническая беседа, наблюдение, интервью, анализ продуктов деятельности и т.п.), и экспериментально-психологические методы.

Опросниковые методы опираются в значительной степени на самооценочную природу получаемых данных и имеют свои ограничения в части объективности таких данных. С другой стороны, они в большей степени отражают индивидуально-психологические особенности самой личности и ее сохранность/измененность в ситуации болезни, а также раскрывают широкий комплекс присущих испытуемому связей, отношений, способов реагирования и совладания, иных клинически значимых характеристик личности и личностно-средового взаимодействия и др. Такие данные должны расцениваться в рамках персонализированного подхода при реализации биопсихосоциальной парадигмы современных антропоцентрированных и клинических наук. При этом клинические методы органично вплетены в процедуры экспериментально-психологического исследования и используются непосредственно в процессе выполнения испытуемым проб и тестовых методик. Отличительной особенностью применения клиничко- 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 ПР в структуре клиничко-психологического психодиагностического исследования применяются:

- 1) Клинические оценочные шкалы;
- 2) Клиничко-психологические и экспериментально-психологические методы и методики (нестандартизованные пато- и нейропсихологические пробы, стандартизованные психометрические тестовые методики).

<b>2В</b>	Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется использование психометрических шкал и симптоматических опросников для скрининга и оценки уровня тревоги и ее динамики: Шкала тревоги Гамильтона (HARS); Опросник по состоянию здоровья (PHQ); для оценки выраженности клинических проявлений рекомендовано использовать Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R); Интегративный тест тревожности (ИТТ); Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI); Шкала тревоги Бека (BAI); Шкала тревоги Шихана (ShARS).
-----------	--

Приведенные методики являются психометрическими и/или симптоматическими опросниками, которые позволяют оценить объективно характер и выраженность клинической симптоматики, ее динамику.

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, решаемых в отношении конкретного пациента. Могут применяться различные шкалы, прошедшие адаптацию и валидизацию в зависимости от целей исследования. Предлагаемые ниже методики применяются факультативно и перечень возможных методик для проведения экспериментально-психологического обследования ими не ограничен.

## Лечение

<b>1A</b>	Пациентам с ПР рекомендовано применение психофармакотерапии и / или психотерапии с целью купирования симптоматики.
-----------	--

Преимуществами психотерапии является отсутствие соматических побочных эффектов лечения и, согласно некоторым исследованиям, лучшая сохранность достигнутых результатов. Недостатком является большая стоимость, необходимость еженедельных визитов, критическая значимость личной мотивации и вовлеченности пациента в процесс лечения. Психофармакотерапия требует меньше материальных и временных затрат, но достаточно часто вызывает побочные эффекты, в случае ее отмены возможно рецидивирование симптоматики.

### Психофармакотерапия

<b>1A</b>	Пациентам с установленным диагнозом ПР рекомендуется начинать терапию с назначения препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина или венлафаксина с целью снижения общей тревожности, уменьшения частоты и интенсивности ПА (доказана эффективность флувоксамина, циталопрама, эсциталопрама, пароксетина, флуоксетина, венлафаксина).
-----------	--

После установления диагноза в качестве первого курса целесообразно назначать препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина либо венлафаксин. Рекомендуемые дозировки: эсциталопрам - 5 мг/сут начальная доза, 10-20 мг/сут - поддерживающая; пароксетин - начать с 10 мг с еженедельным повышением на 10 мг/сутки до 40-60 мг/сут; флуоксетин - 20-60 мг/сут; циталопрам - 20-60 мг/сут; сертралин - 50-200 мг/сут; флувоксамин - 100-300 мг/сут; венлафаксин - 75-225 мг/сут.

Важно отметить, что для венлафаксина характерна несколько худшая переносимость и профиль побочных эффектов, чем для селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (в первую очередь возможное повышение артериального давления, что не характерно для селективных ингибиторов обратного захвата серотонина). 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. Для всех вышеуказанных препаратов рекомендуется пероральный способ применения, длительность приема 6-12 месяцев. Нежелательно назначать amitriptyline в пожилом возрасте.

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 бензодиазепаина, особенно при частых панических атаках.

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

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.

<b>3B</b>	Пациентам с ПР, не имеющим противопоказаний, рекомендуется назначать препараты из группы производных бензодиазепаина с целью снижения уровня тревоги и частоты панических атак коротким курсом (до 3-4 недель) – клоназепам 0,25-4 мг/сут, лоразепам 1-6 мг/сут, алпразолам 0,75-4 мг/сут, диазепам 5-10 мг/сут.
-----------	--

Преимуществами производных бензодиазепаина 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 из группы производных бензодиазепаина 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 бензодиазепаина возможна при наличии 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.

При назначении препаратов из группы производных бензодиазепаина следует учитывать период их полувыведения при решении вопроса о частоте приема. Например, алпразолам в связи с относительно небольшим периодом полувыведения следует назначать с частотой не менее 3 раз в день.

Способ применения – пероральный, в случае тяжелой выраженности симптомов допускаются внутримышечный и внутривенный способы введения.

<b>5C</b>	Пациентам с ПР рекомендуется с целью купирования ПА эпизодически («по потребности») назначать пациенту препараты из группы производных бензодиазепаина (клоназепам 0,25-4 мг/сут, лоразепам 2-7,5 мг/сут, алпразолам 0,75-6мг/сут, диазепам 5-10 мг/сут).
-----------	---

Преимуществами производных бензодиазепаина являются быстрый эффект, который обеспечивает быстрое купирование ПА и стабилизацию состояния. Однако, согласно некоторым исследованиям, назначение производных бензодиазепаина «по потребности», может быть не вполне эффективной и безопасной стратегией. Этот феномен может объясняться, как неадекватным увеличением дозы самими пациентами из-за страха развития

ПА, так и резкими изменениями концентрации препаратов в плазме крови. Кроме того, прием производных бензодиазепина «по потребности» для пациентов может становиться своеобразной формой охранительного поведения: пациенты «на всякий случай» носят с собой препараты и могут применять их при подозрении на начинающуюся ПА.

<b>5C</b>	Тем пациентам, у которых психофармакотерапия препаратами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина или венлафаксином привела к частичному, но не полному купированию симптомов ПР, рекомендуется увеличение дозы антидепрессантов до максимальной рекомендованной с целью полного купирования симптомов ПР.
-----------	--

<b>5C</b>	Пациентам с ПР с недостаточным ответом на проводимую терапию рекомендуется проводить замену антидепрессанта через 4-6 недель или использовать комбинированные схемы лечения с сочетанием препаратов из групп антидепрессантов и анксиолитиков или из групп антидепрессантов и антипсихотических препаратов, а также сочетание психофармакотерапии и психотерапии с целью преодоления резистентности.
-----------	--

<b>5C</b>	Пациентам с ПР рекомендовано проводить обследование в динамике при помощи шкалы тревоги Гамильтона с целью оценки эффективности проводимого лечения.
-----------	--

Ответом на терапию считается снижение общего балла по шкале тревоги Гамильтона на  $\geq 50\%$ , достижением ремиссии - балл  $\leq 7$ . На практике целесообразно выделить три уровня эффективности лекарственного ответа:

- 1) Лечение эффективно, эффект полный - полное отсутствие ПА.
- 2) Лечение эффективно, эффект частичный – частота ПА сократилась как минимум на 50%.
- 3) Лечение неэффективно - частота ПА не изменилась или сократилась менее, чем на 50%.

Приведенные выше уровни являются ориентировочными и должны рассматриваться вместе с общим клиническим впечатлением врача, включающим оценку выраженности сформированного агорафобического симптомокомплекса (тревоги ожидания и поведения избегания), тяжести ПА (числа симптомов в приступе) и степени социальной дезадаптации больного.

<b>5C</b>	Для всех пациентов, у которых не отмечено достаточного эффекта того или иного психофармакологического препарата, рекомендуется убедиться в соблюдении пациентами комплаенса с целью верификации факта недостаточного терапевтического ответа на данный препарат.
-----------	--

При неэффективности инициальной терапии, в первую очередь, необходимо убедиться в том, что пациент комплаентен, так как нарушение режима приема препарата является причиной формирования резистентности к лечению в значительной части случаев. Нарушения режима терапии могут быть связаны с побочными эффектами, недостаточным пониманием пациентом необходимости следовать назначениям, ощущению отсутствия эффекта от лечения (особенно при приеме антидепрессантов, эффект которых отсрочен) и невнимательным отношением к лечению. Для повышения комплаентности следует обговорить с пациентом возможные побочные эффекты, разъяснить важность четкого соблюдения приема препаратов в указанное время, а также постепенность развития эффекта

некоторых препаратов. В случае выявления факта нарушения режима терапии, нужно постараться выяснить причину произошедшего и совместно с пациентом выработать механизм решения возникшей проблемы.

<b>4C</b>	Тем пациентам, у которых психофармакотерапия препаратами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина или венлафаксином привела к частичному, но не полному купированию симптомов ПР, рекомендуется добавление к терапии производных бензодиазепа на 3 недели (если пациент не получал препараты из группы производные бензодиазепа на начальном этапе) с целью полного купирования симптомов ПР.
-----------	---

Оптимальные дозировки препаратов: алпразолам 0,75-6 мг/сут; клоназепам 1-4 мг/сут; лоразепам 2-7,5 мг/сут; диазепам 5-30 мг/сут. Способ применения – пероральный, в случае тяжелой выраженности симптомов допускаются внутримышечный и внутривенный способы введения. Длительность терапии до 3-х недель.

<b>1B</b>	Тем пациентам, у которых не удалось достигнуть ремиссии на фоне инициальной терапии препаратами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина или венлафаксином, рекомендуется смена терапии на имипрамин или кломипрамин с целью купирования симптомов ПР.
-----------	--

Оптимальные дозировки препаратов: имипрамин 25-200 мг/сут или кломипрамин 50-150 мг/сут. Для обоих вышеуказанных препаратов рекомендуется пероральный способ применения, длительность приема - 6-12 месяцев.

<b>1B</b>	Тем пациентам, у которых не удалось достигнуть ремиссии на фоне терапии препаратами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, #венлафаксином, имипрамином или кломипрамином, рекомендуется монотерапия производными бензодиазепа с целью купирования симптомов ПР.
-----------	--

Оптимальные дозировки препаратов: алпразолам 0,75-6 мг/сут; клоназепам 1-4 мг/сут; лоразепам 2-7,5 мг/сут; диазепам 5-30 мг/сут; бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 1-6 мг/сут. Способ применения – пероральный, в случае тяжелой выраженности симптомов допускаются внутримышечный и внутривенный способы введения. Длительность терапии - не более 6 месяцев. Высокий риск формирования зависимости.

<b>1B</b>	После наступления терапевтического эффекта с целью стабилизации эффекта и профилактики рецидивов пациентам с ПР рекомендуется проведение длительной фармакотерапии (не менее 6 месяцев).
-----------	--

В отношении производных бензодиазепа общие рекомендации предписывают их применение короткими курсами. В связи с этим, по соображениям безопасности длительный прием производных бензодиазепа (до 6 месяцев) может быть оправдан только в том случае, если терапия антидепрессантами неэффективна. Важно иметь в виду, что прекращение приема производных бензодиазепа должно проводиться с постепенным снижением дозы для уменьшения выраженности синдрома отмены. При этом, препараты с коротким периодом полувыведения (алпразолам и лоразепам) вызывают более

выраженные синдромы отмены, чем препараты с более длительным периодом полувыведения (клоназепам, диазепам).

5C

Всем пациентам, у которых была достигнута ремиссия на фоне монотерапии препаратами из группы производных бензодиазепамина рекомендуется продолжение терапии в течение не более 6 месяцев с целью поддерживающей терапии для сохранения ремиссии ПР.

В отношении производных бензодиазепамина общие рекомендации предписывают их применение короткими курсами. В связи с этим, по соображениям безопасности длительный прием производных бензодиазепамина (до 6 месяцев) может быть оправдан только в том случае, если терапия антидепрессантами неэффективна. Важно иметь в виду, что прекращение приема производных бензодиазепамина должно проводиться с постепенным снижением дозы для уменьшения выраженности синдрома отмены. При этом, препараты с коротким периодом полувыведения (алпразолам и лоразепам) вызывают более выраженные синдромы отмены, чем препараты с более длительным периодом полувыведения (клоназепам, диазепам).

5C

У пациентов с ПР 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.

В то же время адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов.

5C

Пациентам с ПР 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.

5C

Для тех пациентов, у которых не удалось достигнуть ремиссии на фоне терапии препаратами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, венлафаксином, имипрамином или кломипрамином, монотерапии производными бензодиазепамина, верифицированной комплантностью и диагнозом ПР, рекомендуется переход к стратегиям преодоления резистентности с целью купирования симптомов ПР.

Для резистентных случаев ПР возможно назначение следующих препаратов: антидепрессанты - мirtазапин 15-45 мг/сут; дулоксетин 60-120 мг/сут; милнаципран 50-100 мг/сут; противоэпилептические препараты - габапентин 600-3600 мг/сут, вальпроевая кислота 500-3000 мг/сут; добавление к антидепрессантам антипсихотических средств - оланзапин 2,5- 20 мг/сут, рисперидон 0,25-3 мг/сут, арипипразол 5-30 мг/сут. Для всех вышеперечисленных препаратов рекомендуется пероральный способ введения, сроки

терапии в исследованиях прицельно не изучались, их следует определять индивидуально в каждом случае в зависимости от клинического состояния пациента.

### **Психотерапия**

Психотерапия является доказанным эффективным методом лечения невротических расстройств, в т.ч. и панического расстройства. 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 ПР играют существенную роль, дает более качественный эффект и более стойкую ремиссию. Оптимальным является сочетание психофармакотерапии и психотерапии, поскольку это в максимальной степени соответствует современной биопсихосоциальной концепции формирования психических расстройств и позволяет реализовать принципы персонализированной медицины, повысить эффективность терапевтических вмешательств. Имеются доказательные исследования в отношении ряда методов психотерапии. Однако необходимо помнить, что дизайн доказательных исследований в психотерапии достаточно сложен и клиническая практика по многим параметрам отличается от научного эксперимента.

### **Противопоказания и ограничения к психотерапевтическому лечению:**

- 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 чувствительностью;
- 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).

**1А**

В лечении пациентов с ПР рекомендовано использовать различные виды психотерапии в комбинации с психофармакотерапией для более эффективного и стойкого снижения тревоги, частоты ПА, научения релаксации, коррекции иррациональных установок, осознания глубинных механизмов и противоречий. Соотношение психофармакотерапии и психотерапии определяется гибко в зависимости от индивидуальных клинических проявлений и психологических характеристик пациента.

Пациенты с паническим расстройством склонны рассматривать любой необъяснимый симптом или ощущение как признак неминуемой катастрофы. Главной чертой людей с паническими реакциями является наличие убеждения в том, что их физиологические системы — кардиоваскулярная, респираторная, центральная нервная — потерпят крах. Пациенты с паническими расстройствами имеют специфический когнитивный стиль: они неспособны реалистически воспринимать свои ощущения и катастрофически их интерпретируют.

Основными мишенями когнитивно-поведенческой психотерапии являются: низкая толерантность к неопределенности; позитивные убеждения относительно беспокойства; отсутствие ориентации на решение проблем; когнитивное избегание. В рамках когнитивно-поведенческой психотерапии не все техники имеют высокую эффективность.

Традиционно используется тренировка дыхания, которая показана в случае выраженного гипервентиляционного компонента в структуре ПА. В связи с тем, что на фоне стресса возникает диспноэ, которое оценивается, как угрожающее здоровью и провоцирует или усиливает страх, вызванный внешними тревожными стимулами, рекомендуется проводить тренинг по контролю дыхания с последующей когнитивной реатрибуцией значения симптомов. Тренинг может дополняться экспериментальной гипервентиляцией с приобретением навыков контроля симптоматики за счет дыхания в мешке. Ее эффективность не всегда оценивается однозначно и во много зависит от клинических проявлений ПР и установок пациента.

Хороший доказанный эффект имеет interoцептивная экспозиция – повышение толерантности к внутренним неприятным ощущениям, которые возникают у пациента во время ПА. Когнитивное реструктурирование и декатастрофизация направлены на коррекцию ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций. Может дополняться экспозицией *in vivo* для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения. 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 групповых формах.

Развитие технических возможностей способствовало разработке методик, использующих виртуальную реальность, интернет технологии, мобильные приложения. Есть исследования как подтверждающие, так и опровергающие эффективность экспозиции в виртуальной реальности.

**2B**

Пациентам с ПР рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения частоты панических атак, прояснения неосознаваемых механизмов, лежащих в основе симптоматики, проведение краткосрочной психодинамической психотерапии – 24 сеанса с частотой 2 раза в неделю.

Это специфическая структурированная форма психоаналитической психотерапии в фокусе которой находятся панические симптомы и аспекты психодинамики, ассоциированные с проявлениями паники. эффективность в рандомизированных исследованиях. Лечение направлено на идентификацию значения панических симптомов, привлечение внимания к проявлениям механизмов психологической защиты, которые подавляют осознание отрицаемых, связанных с паникой чувств, конфликтов и фантазий. В качестве основных техник используются прояснение, конфронтация и интерпретация. В терапии выделяются три фазы, которые не обязательно следуют друг за другом и могут иметь различную продолжительность, в зависимости от особенностей пациента. Первая фаза направлена на идентификацию специфического содержания и значения панических эпизодов. Проводится анализ анамнеза пациента для выявления специфических уязвимостей, которые могли способствовать манифестации ПР, такие как специфические репрезентации родителей, психотравмирующие ситуации, трудности в выражении и регуляции чувств гнева и злости.

Терапевт в нейтральной манере помогает пациенту вербализовать неосознаваемые или трудно толерируемые фантазии и чувства, к примеру, страх быть покинутым или желание мести. Информация используется для формулирования интрапсихического конфликта, связанного с гневом, развитием личной автономии и сексуальностью. Основная цель – редукция панических симптомов. Вторая фаза направлена на выявление психодинамических компонентов, определяющих уязвимость к манифестации и поддержанию паники.

Наиболее частыми являются конфликтные переживания, связанные с признанием и регуляцией чувства гнева, противоречивые переживания, касающиеся зависимости-автономии с проявлениями сепарационной тревоги, а также конфликты, связанные с проявлениями сексуального возбуждения. Особенности динамики этих отношений проявляются как в обсуждении актуальных отношений пациента, так и со значимыми другими в прошлом. В отношениях с терапевтом эти пациенты часто воспроизводят в реакциях переноса свои конфликты, связанные с гневом, сепарацией и независимостью. Лучшее понимание этих конфликтов помогает разорвать порочный круг, связанный с «паникой перед паникой» и снижает уязвимость к паническим симптомам. Фаза окончания дает возможность проработки конфликтов, связанных с гневом и автономией по мере их проявления в контексте окончания лечения и расставанием. Терапевт помогает пациенту сфокусироваться на переживании и артикуляции чувств, связанных с потерей конкретно с терапевтом. Лучшее осознание и понимание способствует успешной регуляции этих чувств и снижает вероятность развития выраженных ПА. Способность выражать гнев в социально приемлемой, не вызывающей страх, форме, является важным достижением терапии. Более высокая ассертивность и способность обсуждать интерперсональные конфликты улучшает психосоциальное функционирование и снижает уязвимость к ПА.

<b>1B</b>	Пациентам с ПР рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения частоты панических атак, контролем над дыханием и мышечным напряжением использование релаксационных методов – 10-15 сеансов.
-----------	---

Использование биообратной связи позволяет пациенту обучиться регуляции своего состояния и возможности его мониторинга.

<b>5C</b>	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-корректирующего 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.
-----------	--

### Иное лечение

**2B**

Пациентам с ПР, особенно с резистентными формами рекомендуется применение методов транскраниальной магнитной стимуляции с целью снижения уровня тревожности и снижения частоты панических атак.

В ряде случаев, особенно при резистентных формах ПР, целесообразно присоединение этого метода к психофармакотерапии и психотерапии.

Группы лекарственных средств, включенные в «Общий перечень основных лекарственных средств» Республики Узбекистан

Код	Анатомо-терапевтические химические классификационные группы (АТХ)	Международное непатентованное название	Средняя доза в день	Средняя доза на курс
N05AA	Фенотиазиновые алифатические соединения	Хлорпромазин	600 мг	6000 мг
		Левомепромазин	100 мг	1000 мг
N05AB	Фенотиазиновые пиперазиновые соединения	Трифлуоперазин	20 мг	420 мг
		Флуфеназин	100 мг	1000 мг
N05AC	Фенотиазиновые пиперидиновые соединения	Тиоридазин	200 мг	4200 мг
N05AD	Бутирофеноновые соединения	Галоперидол	10 мг	210 мг
N05AH	Диазепины, оксазепины и тиазепины	Кветиапин	400 мг	8400 мг
		Клозапин	200 мг	4200 мг
		Оланзапин	10 мг	100 мг
N05AL	Бензамиды	Сульпирид	300 мг	6300 мг
		Тиаприд	300 мг	6300 мг
N05AX	Другие антипсихотические средства	Рisperидон	2 мг	42 мг
N03AF	Производные карбоксиамида	Карбамазепин	400 мг	1200 мг
N03AG	Производные жирных кислот	Вальпроевая кислота	750 мг	22500 мг
N03AX	Другие противоэпилептические препараты	Ламотриджин	25 – 50 мг	1500мг

N05AN	Лития соли	Лития соли	300-600мг	18000мг
N06AB	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	Флуоксетин	20мг	600мг
		Сертралин	20мг	600мг
N06AX	Прочие антидепрессанты	Тразадон	100мг	3000мг
		Миртазапин	30мг	900мг
		Венлафаксин	75 мг	2250 мг
N06AA	Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов	Амитриптилин	75 мг	2250 мг

## Реабилитация

**5C** Пациентам с ПР рекомендуется использовать реабилитационные мероприятия с целью укорочения временной утраты трудоспособности пациентов, ранней социализации в обществе, улучшения качества жизни.

**5C** Пациентам с ПР с целью укорочения периода временной утраты нетрудоспособности, ранней социализации в обществе, улучшения качества жизни рекомендуется использовать социоцентрированные и психоцентрированные суппортивные психотерапевтические методы.

**5C** Пациентам с ПР в целях повышения качества и эффективности лечения в качестве специальных видов реабилитации рекомендуются семейная, социально-психологическая, профессиональная суппортивная психотерапия и/или психокоррекция.

**5C** Пациентам с ПР 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.

**5C** Пациентам с ПР рекомендуется наблюдение и курация врачом-психотерапевтом или врачом психиатром для коррекции терапии и корректной ее отмены, проведении психотерапии.

<b>5C</b>	Пациентам с ПР 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.
-----------	---

## Профилактика

Специфической профилактики, позволяющей предотвратить повторение ПА, не существует. Профилактика ПР 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 ПР с целью раннего выявления и своевременного обращения за медицинской помощью.

<b>5C</b>	Пациентам с ПР рекомендуется приверженность принципам здорового образа жизни, внедрение мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья среди населения в целях профилактики тревожных нарушений.
-----------	--

Физическая активность может снижать риск развития ПР и способствовать более эффективному совладанию с тревогой.

## Организация оказания медицинской помощи

### Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- 1) высокая частота панических атак, 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;
- 6) плохая переносимость медикаментозной терапии.

### Показания к выписке пациента из медицинской организации:

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

## Дополнительная информация

### Факторы, способствующие затяжному течению (предикторы затяжного течения ГТР)

Предикторы непрерывного	– преморбидная минимальная церебральная дефицитарность;
-------------------------	---

течения затяжных форм	<ul style="list-style-type: none"> <li>– правосторонний тип функциональной межполушарной асимметрии;</li> <li>– 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</li> </ul>
Предикторы волнообразного течения затяжных форм	<ul style="list-style-type: none"> <li>– личностные особенности индивида, определяющие его уязвимость к стрессовым воздействиям, затрагивающих наиболее значимые отношения личности и имеющих сходный (стереотипный) характер</li> </ul>
Психологические предикторы затяжного течения	<ul style="list-style-type: none"> <li>– использование психологической защиты в виде вытеснения;</li> <li>– интернальность в отношении к болезни;</li> <li>– более глубокие нарушения нарциссической регуляции, формирующие нестабильность самооценки, высокую уязвимость к критике;</li> <li>– избирательное внимание к неудачному опыту;</li> <li>– трудности в построении межличностных отношений, проявляющиеся либо избеганием контактов, либо поиском патерналистских отношений, обеспечивающих поддержание позитивной самооценки</li> </ul>
Социальные предикторы затяжного течения	<ul style="list-style-type: none"> <li>– воспитание матерью-одиночкой;</li> <li>– развод/расставание родителей;</li> <li>– 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</li> </ul>
Клинические предикторы затяжного течения	<ul style="list-style-type: none"> <li>– коморбидные психические расстройства</li> <li>– коморбидные соматические расстройства</li> <li>– злоупотребление психоактивными веществами</li> <li>– пролонгированная актуальная стрессовая ситуация в сочетании с низкой фрустрационной толерантностью</li> <li>– терапевтическая резистентность</li> </ul>

### Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Выполнено
1.	Выполнено клиническое обследование (собраны клинико-anamnestические, клинико-психопатологические, клинико-патогенетические данные)	Да/Нет
2.	Оценен риск суицидального поведения	Да/Нет
3.	Выполнено экспериментально-психологическое обследование	Да/Нет

4.	Проведены общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, анализ мочи общий, исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) сыворотки крови, уровня свободного трийодтиронина сыворотки (Т3), уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, уровня свободного тироксина сыворотки (Т4) крови, уровня тиреотропного гормона в крови	Да/Нет
5.	Выполнена электроэнцефалография	Да/Нет
6.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
7.	Выполнено назначение психофармакотерапии	Да/Нет
8.	Проведен анализ эффективности и переносимости назначенной терапии (на 7-14-28 день и далее ежемесячно)	Да/Нет
9.	Проведена смена терапии при отсутствии эффективности или непереносимости терапии	Да/Нет
10.	Проведена психотерапия	Да/Нет
11.	Достигнуто уменьшение уровня тревоги, частоты и интенсивности панических приступов	Да/Нет

### *Информация для пациента*

#### **Что такое паническое расстройство?**

Паническое расстройство – это заболевание нервной системы, основным проявлением которых является приступы тревоги, возникающие по несущественным причинам или в отсутствие всяких причин, не связанные с реальной опасностью.

#### **Каковы основные симптомы панических расстройств?**

Внезапно возникающее необоснованное чувство тревоги (паническая атака), затруднение дыхания, головокружения, страх смерти или неминуемой катастрофы, боль в груди или в животе, чувство «кома в горле» и пр.

#### **Диагностика панического расстройства**

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

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

#### **Лечение панического расстройства**

Лечение панического расстройства включает психотерапию и назначение лекарственных препаратов, снижающих чувство тревоги (анксиолитиков).

Психотерапия включает различные методики, помогающие больному с тревожным расстройством правильно оценивать ситуацию, достигать расслабления во время приступа тревоги. Психотерапия может проводиться индивидуально или в небольших группах.

Обучение правилам поведения в различных ситуациях помогает чувствовать уверенность в своих силах справиться со стрессовыми ситуациями.

Лекарственное лечение панического расстройства включает применение различных средств, воздействующих на тревогу. Лекарства, которые снижают чувство тревоги, называют анксиолитиками (успокоительные средства). Медикаментозное лечение – назначение, коррекция терапии, отмена препаратов осуществляется только врачом-специалистом.

## *Шкала Гамильтона для оценки тревоги*

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.

Заполнение шкалы происходит в процессе полуструктурированного интервью, во время которого специалист в том числе собирает анамнестические сведения и наблюдает за поведением и другими невербальными проявлениями исследуемых психопатологических феноменов. Не следует предъявлять шкалу пациенту и задавать ему прямые вопросы.

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

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

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

- 0. Отсутствует.
- 1. В слабой степени.
- 2. В умеренной степени.
- 3. В тяжелой степени.
- 4. В очень тяжелой степени.

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

- 0. Отсутствует.
- 1. В слабой степени.
- 2. В умеренной степени.
- 3. В тяжелой степени.
- 4. В очень тяжелой степени.

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

- 0. Отсутствует.
- 1. В слабой степени.
- 2. В умеренной степени.
- 3. В тяжелой степени.
- 4. В очень тяжелой степени.

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

- 0. Отсутствует.
- 1. В слабой степени.
- 2. В умеренной степени.
- 3. В тяжелой степени.
- 4. В очень тяжелой степени.

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

- 0. Отсутствует.
- 1. В слабой степени.
- 2. В умеренной степени.
- 3. В тяжелой степени.
- 4. В очень тяжелой степени.

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

- 0. Отсутствует.
- 1. В слабой степени.
- 2. В умеренной степени.
- 3. В тяжелой степени.
- 4. В очень тяжелой степени.

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

- 0. Отсутствует.
- 1. В слабой степени.
- 2. В умеренной степени.
- 3. В тяжелой степени.
- 4. В очень тяжелой степени.

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

- 0. Отсутствует.
- 1. В слабой степени.
- 2. В умеренной степени.
- 3. В тяжелой степени.
- 4. В очень тяжелой степени.

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

- 0. Отсутствует.
- 1. В слабой степени.
- 2. В умеренной степени.
- 3. В тяжелой степени.
- 4. В очень тяжелой степени.

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

- 0. Отсутствует.
- 1. В слабой степени.
- 2. В умеренной степени.
- 3. В тяжелой степени.
- 4. В очень тяжелой степени.

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

- 0. Отсутствует.
- 1. В слабой степени.
- 2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.
4. В очень тяжелой степени.

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

0. Отсутствует.
1. В слабой степени.
2. В умеренной степени.
3. В тяжелой степени.
4. В очень тяжелой степени.

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

0. Отсутствует.
1. В слабой степени.
2. В умеренной степени.
3. В тяжелой степени.
4. В очень тяжелой степени.

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

0. Отсутствует.
1. В слабой степени.
2. В умеренной степени.
3. В тяжелой степени.
4. В очень тяжелой степени.

### **Ключ (интерпретация)**

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

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

- 0-7 баллов – отсутствие тревоги.
- 8-17 баллов – наличие симптомов тревожного расстройства.
- 18-24 балла – средняя выраженность тревожного расстройства.
- 25-56 балов – тяжелая степень выраженности тревожного расстройства.

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

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

1. Тревожное настроение – озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность.
2. Напряжение – ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться.
3. Страхи – боязнь темноты, незнакомых людей, животных, транспорта, толпы, страх оставаться одному.

4. Инсомния – затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха сон с чувством разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сновидения.
5. Интеллектуальные нарушения – затруднения концентрации внимания, ухудшение памяти.
6. Депрессивное настроение – утрата привычных интересов, утрата чувства удовольствия от хобби, подавленность, ранние пробуждения, суточные колебания состояния.
7. Соматические симптомы (мышечные) – боли, мышечные подергивания, напряжение, миоклонические судороги, «скрипение» зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус.
8. Соматические симптомы (сенсорные) – звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара или холода, ощущение слабости, ощущение покалывания.
9. Сердечно-сосудистые симптомы – тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, чувство слабости, частые вздохи, диспноэ.
10. Респираторные симптомы – чувство давления или сжатия грудной клетки, ощущение удушья, частые вздохи, диспноэ.
11. Гастроинтестинальные симптомы – затрудненное глотание, метеоризм, боль в животе, чувство перенаполнения желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диаррея, снижение веса тела, запоры.
12. Мочеполовые симптомы – учащенное мочеиспускание, сильные позывы на мочеиспускание, аменорея, меноррагия, фригидность, преждевременная эякуляция, утрата либидо, импотенция.
13. Вегетативные симптомы – сухость во рту, покраснение кожных покровов, бледность кожных покровов, повышенное потоотделение, головные боли с чувством напряжения.
14. Поведение при осмотре – ерзанье на месте, беспокойная жестикуляция или походка, тремор рук, нахмуривание бровей, наряженное выражение лица, вздохи или учащенное дыхание, бледность лица, частое сглатывание слюны и т.д.

### *Опросник Panic Screening Questions*

1. Вопрос о наличии приступов тревоги. (варианты ответа «Да» или «Нет»)

- a) испытывали ли Вы приступы (атаки) внезапной тревоги, страха или ужаса в течение последних 4 месяцев? (при ответе "да" продолжайте отвечать на вопросы).
- b) были ли у Вас подобные приступы когда-нибудь прежде?
- c) возникают ли некоторые из этих приступов неожиданно, вне связи с определенной ситуацией, где бы Вы ощущали беспокойство или дискомфорт?
- d) есть ли у Вас боязнь приступа или его последствий?

2. Во время Вашего последнего приступа (атаки) Вы испытывали:

(отвечайте "Да", "Нет")

- a) поверхностное, учащенное дыхание
- b) сердцебиение, пульсацию, перебои в работе сердца или ощущение его остановки
- c) боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки
- d) потливость
- e) ощущение нехватки воздуха, одышку
- f) волны жара или холода
- g) тошнота, дискомфорт в желудке, понос или позывы к нему
- h) головокружение, неустойчивость, туман в голове или предобморочное состояние
- i) ощущения покалывания или онемения в теле или конечностях
- j) дрожание в теле, конечностях, подергивания или стягивание тела (конечностей)
- k) страх смерти или необратимых последствий приступа?

#### **Ключ (интерпретация)**

При ответе пациента на вопросы пункта 1 а-d "Да" и на 4 любых вопроса пункта 2 а-k "Да" можно предполагать наличие ПР.

Пояснения: Чувствительность метода 81%, специфичность 99%. Данный инструмент является скрининговым и требует дальнейшей клинической диагностики для установки диагноза ПР.

### *Опросник выраженности психопатологической симптоматики*

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 «несколько» 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:**

Ниже приведен перечень проблем и жалоб, иногда возникающих у людей. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Обведите кружком номер того ответа, который наиболее точно описывает степень вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодняшний день. Обведите только один из номеров в каждом пункте (так, чтобы цифра внутри каждого кружка была видна), не пропуская ни одного пункта. Если вы захотите изменить свой отчет, зачеркните вашу первую пометку.

ФИО \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Насколько сильно Вас тревожили:	Совсем нет	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
1.Головные боли	0	1	2	3	4
2.Нервозность или внутренняя дрожь	0	1	2	3	4
3.Повторяющиеся неотвязные неприятные мысли	0	1	2	3	4
4.Слабость или головокружение	0	1	2	3	4
5.Потеря сексуального влечения или удовольствия	0	1	2	3	4
6.Чувство недовольства другими	0	1	2	3	4
7.Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями	0	1	2	3	4
8.Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие	0	1	2	3	4
9.Проблемы с памятью	0	1	2	3	4

10.Ваша небрежность или неряшливость	0	1	2	3	4
11.Легко возникающая досада или раздражение	0	1	2	3	4
12.Боли в сердце или грудной клетке	0	1	2	3	4
13.Чувство страха в открытых местах или на улице	0	1	2	3	4
14.Упадок сил или заторможенность	0	1	2	3	4
15.Мысли о том, чтобы покончить с собой	0	1	2	3	4
16.То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие	0	1	2	3	4
17.Дрожь	0	1	2	3	4
18.Чувство, что большинству людей нельзя доверять	0	1	2	3	4
19.Плохой аппетит	0	1	2	3	4
20.Слезливость	0	1	2	3	4
21.Застенчивость или скованность в общении с лицами противоположного пола	0	1	2	3	4
22.Ощущение, что Вы в западне или пойманы	0	1	2	3	4
23.Неожиданный или беспричинный страх	0	1	2	3	4
24.Вспышки гнева, которые Вы не могли сдержать	0	1	2	3	4
25.Боязнь выйти из дома одному	0	1	2	3	4
26.Чувство, что Вы сами во многом виноваты	0	1	2	3	4
27.Боли в пояснице	0	1	2	3	4
28.Ощущение, что Вам что-то мешает сделать что-либо	0	1	2	3	4
29.Чувство одиночества	0	1	2	3	4
30.Подавленное настроение, хандра	0	1	2	3	4
31.Чрезмерное беспокойство по разным поводам	0	1	2	3	4
32.Отсутствие интереса к чему-либо	0	1	2	3	4
33.Чувство страха	0	1	2	3	4
34.То, что Ваши чувства легко задеть	0	1	2	3	4
35.Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли	0	1	2	3	4
36.Ощущение, что другие не понимают Вас или не	0	1	2	3	4

сочувствуют Вам					
37.Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь	0	1	2	3	4
38.Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки	0	1	2	3	4
39.Сильное или учащенное сердцебиение	0	1	2	3	4
40.Тошнота или расстройство желудка	0	1	2	3	4
41.Ощущение, что Вы хуже других	0	1	2	3	4
42.Боли в мышцах	0	1	2	3	4
43.Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас	0	1	2	3	4
44.То, что Вам трудно заснуть	0	1	2	3	4
45.Потребность проверять или перепроверять то, что Вы делаете	0	1	2	3	4
46.Трудности в принятии решений	0	1	2	3	4
47.Боязнь езды в автобусах	0	1	2	3	4
48.Затрудненное дыхание	0	1	2	3	4
49.Приступы жара или озноба	0	1	2	3	4
50.Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они Вас пугают	0	1	2	3	4
51.То, что Вы легко теряете мысль	0	1	2	3	4
52.Онемение или покалывание в различных частях тела	0	1	2	3	4
53.Комок в горле	0	1	2	3	4
54.Ощущение, что будущее безнадежно	0	1	2	3	4
55.То, что Вам трудно сосредоточиться	0	1	2	3	4
56.Ощущение слабости в различных частях тела	0	1	2	3	4
57.Ощущение напряженности или взвинченности	0	1	2	3	4
58.Тяжесть в конечностях	0	1	2	3	4
59.Мысли о смерти	0	1	2	3	4
60.Переедание	0	1	2	3	4
61.Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами	0	1	2	3	4
62.То, что у Вас в голове чужие мысли	0	1	2	3	4
63.Импульсы причинять	0	1	2	3	4

телесные повреждения или вред кому-либо					
64.Бессонница по утрам	0	1	2	3	4
65.Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать	0	1	2	3	4
66.Беспокойный и тревожный сон	0	1	2	3	4
67.Импульсы ломать или крушить что-либо	0	1	2	3	4
68.Наличие у Вас идей или верований, которые не разделяют другие	0	1	2	3	4
69.Чрезмерная застенчивость при общении с другими	0	1	2	3	4
70.Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)	0	1	2	3	4
71.Чувство, что все, чтобы Вы ни делали, требует больших усилий	0	1	2	3	4
72.Приступы ужаса или паники	0	1	2	3	4
73.Чувство неловкости, когда Вы едите или пьете на людях	0	1	2	3	4
74.То, что Вы часто вступаете в спор	0	1	2	3	4
75.Нервозность, когда Вы оставались одни	0	1	2	3	4
76.То, что другие недооценивают Ваши достижения	0	1	2	3	4
77.Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми	0	1	2	3	4
78.Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте	0	1	2	3	4
79.Ощущение собственной никчемности	0	1	2	3	4
80.Ощущение, что с Вами произойдет что-то плохое	0	1	2	3	4
81.То, что Вы кричите или швыряетесь вещами	0	1	2	3	4
82.Боязнь, что Вы упадете в обморок на людях	0	1	2	3	4
83.Ощущение, что люди злоупотребят Вашим доверием, если Вы им позволите	0	1	2	3	4
84.Нервировавшие Вас сексуальные мысли	0	1	2	3	4
85.Мысль о том, что Вы должны быть наказаны за Ваши грехи	0	1	2	3	4

86. Кошмарные мысли или видения	0	1	2	3	4
87. Мысли о том, что с Вашим телом что-то не в порядке	0	1	2	3	4
88. То, что Вы не чувствуете близости ни к кому	0	1	2	3	4
89. Чувство вины	0	1	2	3	4
90. Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное	0	1	2	3	4

**Ключ:**

Шкалы	Пункты	Число пунктов
SOM Соматизация	1 4 12 27 40 42 48 49 52 53 56 58	12
O-C 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
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
PNOB 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
Dopoln. Дополнительные пункты	19 44 59 60 64 66 89	7

**Обработка полученных данных**

- 1) Баллы по каждой шкале - 9 показателей. Сумму баллов по каждой шкале разделить на количество пунктов в этой шкале. Например, сумма баллов по 1-й шкале делится на 12, по 2-й - на 10 и т.д.
- 2) Общий балл-индекс GSI (General Symptomatical Index). Общую сумму всех баллов разделить на 90 (количество пунктов в опроснике).
- 3) Индекс проявления симптоматики PSI (Positive Symptomatical Index). Подсчитывается количество пунктов, на которые дается оценка от 1 до 4.
- 4) Индекс выраженности дистресса PDSI (Positive Distress Symptomatical Index). Индекс GSI умножить на 90 и разделить на индекс PSI.

## Интерпретация

- 1) Соматизация (Somatization). Пункты, включенные в эту шкалу, отражают дистресс, возникающий от осознания нарушений функций тела. Параметр включает жалобы на сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, дыхательную и другие системы. В случае исключения органической основы жалоб, регистрируются разнообразные соматоформные расстройства и эквиваленты тревоги.
- 2) Обсессивность - компульсивность (Obsessive-Compulsive). Ядром данной шкалы является одноименный клинический синдром. Включает пункты, указывающие на повторяемость и нежелательность определенных явлений, а также на наличие более общих познавательных затруднений.
- 3) Межличностная тревожность (Interpersonal Sensitivity). Симптомы, составляющие основу этой шкалы, отражают чувства личной неадекватности и неполноценности в социальных контактах. Шкала включает пункты, отражающие самоосуждение, чувство неловкости и выраженного дискомфорта при межличностном взаимодействии. Отражает склонность к рефлексии и заниженную самооценку.
- 4) Депрессивность (Depression). Пункты, относящиеся к шкале депрессии, отражают широкий круг обстоятельств, сопутствующих клиническому депрессивному синдрому. Включены жалобы на угасание интереса к деятельности, недостаточность мотивации и потерю жизненной энергии. Шкала также включает пункты, связанные с идеей самоубийства, чувством безнадежности, бесполезности, и другими соматическими и познавательными характеристиками депрессии.
- 5) Тревожность (Anxiety). К этой шкале относится группа симптомов и реакций, которые обычно клинически связываются с очевидной (явной) тревогой, отражающей чувство гнетущего беспричинного внутреннего беспокойства. Основой данной шкалы являются жалобы на ощущение нервозности, нетерпеливости и внутреннего напряжения в сочетании с соматическими, моторными проявлениями.
- 6) Враждебность (Anger-Hostility). Данный параметр формируется из трех категорий враждебного поведения: мысли, чувства и действия.
- 7) Фобии (Phobic Anxiety). Жалобы, входящие в эту шкалу, отражают страхи, связанные с путешествиями, открытыми пространствами, общественными местами, транспортом и фобические реакции социального характера.
- 8) Паранойяльность (Paranoid Ideation). При создании данной шкалы L.R. Derogatis с соавт. придерживались позиции, что параноидные явления лучше постигаются при их восприятии как образа мышления. Черты параноидного мышления, имеющие первостепенную важность, в рамках ограничений, налагаемых опросником, были включены в шкалу. Это, прежде всего, проецирующее мышление, враждебность, подозрительность, идеи отношения.
- 9) Психотизм (Psychoticism). Основой данной шкалы являются следующие симптомы: слуховые галлюцинации, передача мыслей на расстояние, внешнее управление мыслью и вторжение мыслей извне. Наряду с этими пунктами, в опроснике представлены и другие косвенные признаки психотического поведения, а также симптомы, указывающие на шизоидный образ жизни.

### Интегративный тест тревожности

Методика «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) представляет собой медицинскую (медико-психологическую) технологию, является оригинальным экспресс психологическим 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:

ФИО \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Дата обследования \_\_\_\_\_

Место обследования \_\_\_\_\_

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

	Почти никогда 0	Редко 1	Часто 2	Почти все время 3
1. Я находился в напряжении				
2. Я расстраивался				
3. Я тревожился о будущем				
4. Я нервничал				
5. Я бывал озабочен				
6. Я бывал возбужден				
7. Я ощущал непонятную угрозу				
8. Я быстро уставал				
9. Я бывал 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					
	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
Сырые баллы					
Станайны					

Регистрационный бланк шкалы ситуативной тревожности (ШКАЛА СТ-С)

ФИО \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Дата обследования \_\_\_\_\_

Место обследования \_\_\_\_\_

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

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

	Сырые баллы			Станайны	
Общий показатель					
	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
Сырые баллы					
Станайны					

**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	
	73 49 24				
			111 74 37		
		91 61 30			
			85 56 28		
					171 114 57
					129 86 43
			87 58 29		
		122 81 41			
		87 58 29			
				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 станаины показателей вспомогательных шкал для девушек

Станайны	Суммы диагностических коэффициентов				
	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
1	42 и менее	31 и менее	16 и менее	53 и менее	60 и менее
2	43-58	32-44	17-23	54-75	61-85
3	59-75	45-57	24-29	76-97	86-109
4	76-92	58-70	30-36	98-118	110-134
5	93-117	71-95	37-61	119-143	135-159
6	118-150	96-132	62-104	144-172	160-184
7	151-183	133-169	105-148	173-200	185-210
8	184-217	170-206	149-191	201-228	211-235
9	218 и более	207 и более	192 и более	229 и более	236 и более

### Интерпретация

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

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

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

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

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

### Методика оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина

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.

#### 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.

Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
Я спокоен	1	2	3	4
Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
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
Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
Я уверен в себе	1	2	3	4
Я нервничаю	1	2	3	4
Я не нахожу себе места	1	2	3	4
Я взвинчен	1	2	3	4
Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
Я доволен	1	2	3	4
Я озабочен	1	2	3	4
Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
Мне радостно	1	2	3	4
Мне приятно	1	2	3	4

### Шкала личной тревожности

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

Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
Я бываю раздражительным	1	2	3	4
Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
У меня бывает хандра	1	2	3	4
Я бываю доволен	1	2	3	4
Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
Я уравновешенный человек	1	2	3	4
Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

### Ключ:

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:

$TR = E_{rp} - E_{ro} + 50$ , где:

TR - показатель реактивной тревожности;

$E_{rp}$  — сумма баллов по прямым вопросам (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18);

$E_{ro}$  - сумма баллов по обратным вопросам (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20).

Для исчисления уровня личностной тревожности применяется формула:

$TL = E_{lp} - E_{lo} + 35$ , где:

TL- показатель личностной тревожности;

$E_{lp}$  - сумма баллов по прямым вопросам (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40);

$E_{lo}$  — 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, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на субъекта и вызывать у него выраженную тревогу. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

### Шкала тревоги А. Бека

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:

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

Симптом	Совсем не беспокоил 0	Слегка. Не слишком меня беспокоил 1	Умеренно. Это было неприятно, но я мог это переносить 2	Очень сильно. Я с трудом мог это выносить 3
1. Ощущение онемения или покалывания в теле				
2. Ощущение жара в теле				
3. Дрожь в ногах				
4. Неспособность расслабиться				
5. Страх, что произойдет самое плохое				
6. Головокружение или ощущение легкости в голове				
7. Ускоренное сердцебиение				
8. Неустойчивость				
9. Ощущение ужаса				
10. Нервозность				
11. Дрожь в руках				
12. Ощущение удушья				
13. Шаткость походки				
14. Страх утраты контроля				
15. Затрудненность дыхания				
16. Страх смерти				

17. Испуг				
18. Желудочно кишечные расстройства				
19. Обмороки				
20. Приливы крови к лицу				
21. Усиление потоотделения (не связанное с жарой)				

Ключ:

Подсчёт производится простым суммированием баллов по всем пунктам шкалы ВАІ.

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.

### Шкала самооценки тревоги Д. Шихана

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:

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

В течение последней недели (7 дней), насколько Вас беспокоили следующие жалобы	Нисколько 0	Немного 1	Умеренно 2	Сильно 3	Крайне сильно 4
1. Затруднение на вдохе, нехватка воздуха или учащённое дыхание					
2. Ощущение удушья или комка в горле					
3. Сердце скачет, колотиться, готово выскочить из груди					
4. Загрудинная боль, неприятное чувство сдавления в груди					
5. Профузная потливость (пот градом)					
6. Слабость, приступы дурноты, головокружения					
7. «Ватные», «не свои» ноги					
8. Ощущение неустойчивости или потери равновесия					
9. Тошнота или неприятные ощущения в животе					
10. Ощущение того, что всё окружающее становится странным, нереальным, туманным или отстранённым					
11. Ощущение, что всё плывёт, «нахожусь вне тела»					
12. Покалывание или онемение в разных частях тела					
13. Приливы жара или озноба					
14. Дрожь (тремор)					
15. Страх смерти или того, что сейчас может произойти что-то ужасное					
16. Страх сойти с ума или потери самообладания					
17. Внезапные приступы тревоги,					

сопровождающиеся тремя или более из вышеперечисленных признаков, взнущие непосредственно перед и при попадании в ситуацию, которая, по Вашему опыту, может вызвать приступ					
18. Внезапные неожиданные приступы тревоги, сопровождающиеся тремя или более 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)					
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 та, что в таких случаях испытывает большинство людей					
21. Избегание пугающих вас ситуаций					
22. Состояние зависимости от других людей					
23. Напряжённость и неспособность расслабиться					
24. Тревога, «нервозность», беспокойство					
25. Приступы повышенной чувствительности к звуку, свету и прикосновению					
26. Приступы поноса					
27. Чрезмерное беспокойство о собственном здоровье					

28. Ощущение усталости, слабости и повышенной истощаемости					
29. Головные боли или боли в шее					
30. Трудности засыпания					
31. Просыпания среди ночи или беспокойный сон					
32. Неожиданные периоды депрессии, возникающие по незначительным поводам или без повода					
33. Перепады настроения и эмоций, которые в основном зависят от того, что происходит вокруг Вас					
34. Повторяющиеся и неотступные представления, мысли, импульсы или образы, которые Вам кажутся тягостными, противными, бессмысленными или отталкивающими					
35. Повторение одного и того же действия как ритуала, например, повторные перепроверки, перемывание и пересчёт при отсутствии в этом действии необходимости					

Ключ:

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.

### *Миннесотский многофакторный личностный опросник*

Опросник MMPI предназначен для исследования индивидуальноличностных 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.

### *Ich Struktur Testnach G.Ammon - методика «Я-структурный тест»*

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.

### *Методика для определения уровня субъективного контроля личности*

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.

### *Personal Beliefs Test - Опросник для исследования личностных убеждений*

Опросник впервые был разработан в Университете Хофстра (США) Howard Kassinove, Andrew Berger (1981), предназначен для диагностики рациональности мышления и выявления 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.

#### *ril. Life style index - методика «Индекс жизненного стиля» (LSI)*

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. Вопросник 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.

#### *Стратегии совладающего поведения (СПП).*

Теоретической основой опросника является транзактная 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 свидетельствуют о преобладании в копинг-поведении человека соответствующей копинг-стратегии.

#### *Мельбурнский опросник принятия решений*

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

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.

#### *Опросник невротической личности KON-2006*

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, Piotr K. 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.

## Список литературы

1. Lijster J. M. The Age of Onset of Anxiety Disorders / J. M. Lijster, B. Dierckx, E. M. Utens et al. // *Can. J. Psychiatry*. – 2017. – Vol. 62 (4). – P.237–246. – doi: 10.1177/0706743716640757.
2. Harber L. Meta-Analysis of Neuropsychological Studies in Panic Disorder Patients: Evidence of Impaired Performance during the Emotional Stroop Task / L. Harber, R. Hamidian, A. Bani-Fatemi et al. // *Neuropsychobiology*. – 2019. – Vol. 78 (1). – P. 7–13. – doi: 10.1159/000496623.
3. Beşirli A. The relationship between impulsivity and panic disorder-agoraphobia: the role of affective temperament / A. Beşirli // *Psychiatry Research*. – 2018. – Vol. 264. – P. 169–174.- DOI: 10.1016/j.psychres.2018.03.021.
4. Barry T. J. Meta-analysis of the influence of age on symptom change following cognitive-behavioural treatment for anxiety disorders / T. J. Barry, S. P. Yeung, J. Y. F. Lau // *J. Adolesc.* – 2018. – Vol. 68. – P.232-241.doi: 10.1016/j.adolescence.2018.08.008.
5. Ken I., Hisanobu K., Naomi H., Yuji O. Comparison of clinical features of panic disorder patients with and without family history of psychiatric disorders] // *Наука и здравоохранение*. – 2017. – № 5. – С. 67–75.
6. Lawrence P. J. Systematic Review and Meta-Analysis: Anxiety and Depressive Disorders in Offspring of Parents With Anxiety Disorders / P. J.Lawrence, K. Murayama, C. Creswell // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. – 2019. – Vol. 58 (1). – P. 46–60. – doi: 10.1016/j.jaac.2018.07.898.
7. Iurato S. DNA Methylation signatures in panic disorder / S. Iurato, T. Carrillo-Roa, J. Arloth et al. // *Transl. Psychiatry*. – 2017. – Vol. 7 (12). – Article number: 1287.–doi: 10.1038/s41398-017-0026-1.
8. Chen K. Is the Val66Met polymorphism of the brain-derived neurotrophic factor gene associated with panic disorder? A meta-analysis / K. Chen, N. Wang, J. Zhang et al. // *Asia-Pacific Psychiatry*. – 2017. – Vol. 9 (2). – P. 1–7/ – doi: 10.1111/appy.12228.
9. Wu Y. Gray matter changes in panic disorder: A voxel-based meta-analysis and meta-analytic connectivity modeling / Y. Wu, Y. Zhong, Z. Ma et al. // *Psychiatry Res. Neuroimaging*. – 2018. – Vol. 30( 282) – P. 82–89. – doi: 10.1016/j.psychresns.2018.09.009.
10. Kim Y. K. Common and distinct brain networks underlying panic and social anxiety disorders / Y. K. Kim, H. K. Yoon // *Prog. Neuropsychopharmacol.Biol. Psychiatry*. – 2018. – Vol. 3 (80 - Pt B). – P. 115–122. – doi: 10.1016/j.pnpbp.2017.06.017.
11. Quagliato L. A. Cytokine alterations in panic disorder: A systematic review / L. A. Quagliato, A. E. Nardi // *J. Affect. Disord.* – 2018. – Vol. 1 (228). – P.91–96. – doi: 10.1016/j.jad.2017.11.094.
12. Quagliato L. A. The role of acid-sensitive ion channels in panic disorder: a systematic review of animal studies and meta-analysis of human studies / L. A. Quagliato, R. C. Freire, A. E.Nardi // *Transl. Psychiatry*. – 2018. – Vol. 8 (1). – Article number:185. – doi: 10.1038/s41398- 018-0238-z.
13. 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). – Article number:75. – doi: 10.1038/s41398-019-0415-8.
14. Fischer S. Cortisol as a predictor of psychological therapy response in anxiety disorders-Systematic review and meta-analysis / S. Fischer, A. J. Cleare // *J. Anxiety Disord.* – 2017. – Vol. 47. – P. 60–68. – doi: 10.1016/j.janxdis.2017.02.007.

15. Zorn J. V. Cortisol stress reactivity across psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis / J. V. Zorn, R. R. Schür, M. P. Boks et al. // *Psychoneuroendocrinology*. – 2017. – Vol. 77. – P. 25–36. – doi: 10.1016/j.psyneuen.2016.11.036.
16. Preti A. Prevalence and treatment of panic disorder in bipolar disorder: systematic review and meta-analysis / A. Preti, J. Vrublevska, A. A. Veroniki et al. // *Evid. Based Ment. Health*. – 2018. – Vol. 21 (2). – P. 53–60. – doi: 10.1136/eb-2017-102858
17. Pavlova B. Prevalence of current anxiety disorders in people with bipolar disorder during euthymia: a meta-analysis / B. Pavlova, R. H. Perlis, O. Mantere et al. // *Psychol. Med*. – 2017. – Vol. 47 (6). – P. 1107–1115. – doi: 10.1017/S0033291716003135.
18. Batinic B. Comorbidity and Suicidality in Patients Diagnosed with Panic Disorder/Agoraphobia and Major Depression /B.Batinic, G. Opacic, T. Ignjatov, D. S. Baldwin // *Psychiatr. Danub*. – 2017. – Vol. 29 (2). – P. 186–194. – DOI: 10.24869/psyd.2017.186.
19. Machado S. Panic disorder and cardiovascular diseases: an overview / S. Machado, F. Sancassiani, F. Pae et al. // *Int. Rev. Psychiatry*. – 2017. – Vol. 29 (5). – P. 436–444. – doi: 10.1080/09540261.2017.1357540.
20. Greenslade J. H. Panic Disorder in Patients Presenting to the Emergency Department With Chest Pain: Prevalence and Presenting Symptoms / J. H. Greenslade, T. Hawkins, W. Parsonage et al. // *Heart Lung. Circ*. – 2017. – Vol. 26 (12). – P.1310–1316. – doi: 10.1016/j.hlc.2017.01.001.
21. Zugliani M. M. Personality Traits in Panic Disorder Patients With and Without Comorbidities / M. M. Zugliani, R. Martin-Santos, A .E. Nardi, R. C. Freire // *Expert Opin. Drug Saf*. – 2018. – Vol. 17 (3). – P. 315–324. – doi: 10.1080/14740338.2018.1429403.
22. Heppell J. L. Incidence of panic disorder in patients with non-cardiac chest pain and panic attacks / J. L. Heppell, I. Denis, S. Turcotte et al. // *J. Health Psychol*. – 2019. doi: 10.1177/1359105319859062.
23. Indranada A. M. The association of panic and hyperventilation with psychogenic non-epileptic seizures: A systematic review and meta-analysis / A. M. Indranada, S.A. Mullen, R. Duncan et al. // *Seizure*. – 2018. – Vol. 59. P. 108–115. – doi: 10.1016/j.seizure.2018.05.007.
24. Caldirola D. Are there advances in pharmacotherapy for panic disorder? A systematic review of the past five years / D. Caldirola, A. Alciati, A. Riva, G. Perna // *Expert Opin. Pharmacother*. – 2018. – Vol. 19 (12). – P.1357–1368. – doi: 10.1080/14656566.2018.1504921.
25. Breitbart J. 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. Schöne et al. // *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswes*. – 2019. – Vol. 143. – P. 15–20. – doi: 10.1016/j.zefq.2019.05.002.
26. 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. Burgerhof, P. de Jonge // *Depress. Anxiety*. – 2018. – Vol. 35 (6). – P. 515–522. – doi: 10.1002/da.22737.
27. Jakubovski E. Systematic review and meta-analysis: Dose-response curve of SSRIs and SNRIs in anxiety disorders / E. Jakubovski, J. A. Johnson, M. Nasir et al. // *Depress. Anxiety*. – 2019. – Vol. 36 (3). – P. 198–212. – doi: 10.1002/da.22854.
28. Quagliato L. A. International Task Force on Benzodiazepines. Selective serotonin reuptake inhibitors and benzodiazepines in panic disorder: A meta-analysis of common side effects in acute treatment / L. A. Quagliato, F. Cosci, R. I. Shader et al. // *J. Psychopharmacol*. – 2019. 15:269881119859372. – doi: 10.1177/0269881119859372.

29. Bighelli I. Is the efficacy of antidepressants in panic disorder mediated by adverse events? A mediational analysis [Электронный ресурс] / I. Bighelli, A. Borghesani, C. Barbui // PLoS One. – 2017. – Vol. 12 (6). – Article: e0178617.
30. Guaiana G. Antidepressants, benzodiazepines and azapirones for panic disorder in adults: a network meta-analysis / G. Guaiana, C. Barbui, D. M. Caldwell et al.// Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2017. – Suppl. 8. – DOI: 10.1002/14651858.CD012729.

