

«Утверждаю»

Президент Российского общества психиатров

Г. Незнанов

«24» августа 2021 г.



Клинические рекомендации

Паническое расстройство

Кодирование по Международной
статье в классификации болезней и проблем, связанных
со здоровьем: F41.0

Возрастная группа: взрослые

Год утверждения: 2021

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество психиатров

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
Среди факторов риска появления панического расстройства (ПР) выделяют [2,3,4]:	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).....	8
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	14
2.1 Жалобы и анамнез.....	15
2.2 Физикальное обследование	17
2.3 Лабораторные диагностические исследования	18
2.4 Инструментальные диагностические исследования	19
2.5 Иные диагностические исследования	19
2.6 Дифференциальная диагностика	Ошибка! Закладка не определена.
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	Ошибка! Закладка не определена.
3.1 Психотерапия.....	23
3.2 Психотерапия	31
3.3 Иное лечение	36
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации	37

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	38
6. Организация оказания медицинской помощи	38
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	39
Критерии оценки качества медицинской помощи	40
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	64
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	66
Приложение Б1. Алгоритм ведения пациентов с ПР	68
Приложение Б2. Алгоритм диагностики ПР	69
Приложение Б3. Алгоритм терапии пациентов с ПР.....	76
Приложение Г1-Г7. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	73

Список сокращений

- МКБ – международная классификация болезней
- МРТ – магнитно-резонансная томография
- ПА – паническая атака
- ПР – паническое расстройство
- РКИ – рандомизированные клинические исследования
- BAI(The Beck Anxiety Inventory) – ((Eng.) The Beck Anxiety Inventory) Шкала тревоги Бека
- CGI – ((Eng.) Clinical global impressionscale) Шкала глобального клинического впечатления
- COPE ((Eng.) Coping) – методика совладающего поведения
- HARS ((Eng.) The Hamilton Anxiety Rating Scale)-Шкала тревоги Гамильтона
- IP ((Eng.) Inventory of Interpersonal Problems) –Опросник для исследования межличностных проблем
- ISTA ((Germ.) IchStrukturTestnachG.Ammon) - Методика «Я-структурный тест» Г. Аммона ,И. Бурбиль
- LSI ((Eng.) Life style index) - методика «Индекс жизненного стиля»
- MDMQ ((Eng.) Melbourne decision making questionnaire) - Мельбурнский опросник принятия решений
- MMPI ((Eng.) Minnesota Personality Inventory) - Стандартизованный клинический личностный опросник
- MPS ((Eng.) Multidimensional perfectionism scale) – Многомерная шкала перфекционизма
- PHQ ((Eng.) Patient Health Questionnaire) – Опросник по состоянию здоровья
- SCL-90-R ((Eng.) Symptom Check List Revised-Опросник выраженности психопатологической симптоматики
- ShARS ((Eng.) Sheehan Anxiety Scale) – шкала тревоги Шихана
- STAI ((Eng.) State-Trait Anxiety Inventory) – Шкала тревоги Спилбергера-Ханина
- **препарат входит в список «Жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты»
- # - в инструкции по применению не указано данное заболевание или расстройство

Термины и определения

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

Паническая атака (паника) представляет собой очерченный кратковременный эпизод интенсивной тревоги с внезапным началом, достигающий максимума в течение нескольких минут сопровождающийся беспокойством и/или страхом смерти или потери контроля в сочетании с выраженными сомато-вегетативными нарушениями.

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

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

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

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

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[1,2,3].

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

Среди факторов риска появления панического расстройства (ПР) выделяют [2,3,4,]:

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[2,5,6,7,8].

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[2,9,10].

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[2,11,12,13,14,15,16].

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 серотонинэргических препаратов. Тесные взаимодействия между серотонинэргической 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. [2,16,17,18,19,20,21,22].

В развитии ПР также рассматриваются нейроэндокринные аспекты патогенеза, имеет значение функционирование гормональных систем организма, уровень и динамика кортизола, пролактина, эстрогена, тиреотропного гормона (ТТГ)[20,23,24,25].

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[2,3].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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% [26,27,28,29,30,31,32]. В РФ ПР диагностируется относительно чаще, чем за рубежом, прежде всего в Европейских странах [182].

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

F41.0 – паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)

F41.00 ПР умеренной степени – по меньшей мере 4 панические атаки в четырехнедельный период

F41.01 ПР тяжелой степени – по меньшей мере четыре панических атаки в неделю за четыре недели наблюдения

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Классификация ПР (клиническая) [1;2,33,34]:

1. ПР с агорафобией
2. ПР без агорафобии

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

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[1;2,3;34].

Типичная картина приступа [1;2,34,35,36,37,38].

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[1;2,33,35,38].

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.)[1,2,33,34,36].

Таблица 1.

Характерные проявления симптомов при паническом расстройстве:

Характеристики приступа	<ul style="list-style-type: none"> • дискретность эпизодов • наличие интенсивного страха или дискомфорта • внезапность появления приступа • нарастание максимума в течение нескольких минут • продолжительность, по меньшей мере несколько минут
Характеристики вегетативных нарушений	<ul style="list-style-type: none"> • усиление или учащение сердцебиения • потливость, дрожание или тремор • сухость во рту • затруднение дыхания • чувство удушья • боль и дискомфорт в груди • тошнота или дискомфорт в животе • приливы и чувство озноба

<p>Характеристика психического состояния:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • онемение или ощущение покалывания • чувство головокружения, неустойчивости, ощущения «предобморочного состояния», • ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отдалилось или «находится не здесь» (деперсонализация), • часто присутствуют «вторичные фобии»: страх умереть, потерять контроль над собой или сойти с ума, страх катастрофы с сердцем, инфаркта, инсульта, падения, неловкой ситуации • возможны также дисфорические проявления: раздражительность, обидчивость, агрессия • встречаются депрессивные состояния с тоской, подавленностью, безысходностью, жалостью к себе • 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.
---	--

Вторичные нарушения [2,34,39,40,41,42,43]:

- 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;
- 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:

Типы приступов при ПР

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:

1. симптоматически бедные приступы,
2. развернутые приступы паники,
3. ипохондрия,
4. ограниченное фобическое избегание,
5. 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 [2,34,36,39,].

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[2,34,39]:

1. Представлены только ПА, клиническая картина которых расширяется лишь за счет преходящих 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 фобическое 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 интерцептивная 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 [43,44,45].

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 [34, 46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57].

ПР рекомендовано дифференцировать со следующими расстройствами [2,3,34,67,68,69,70,71,72,73,74]:

- 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;
- феохромоцитомы;
- артериальная гипертензия;
- кардиальные аритмии;
- пролапс митрального клапана
- ишемическая болезнь сердца
- респираторные нарушения
- употребление психоактивных веществ (напр., амфетаминов, кокаина и др.);
- отмена производных бензодиазепа

- 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)

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

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

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-).

Диапазон индивидуальных вариаций, как по содержанию, так и по тяжести столь велик, что при желании по пятому знаку можно выделить две степени, умеренную и тяжелую:

F41.00 паническое расстройство, умеренной степени, по меньшей мере, 4 панические атаки в четырехнедельный период

F41.01 паническое расстройство, тяжелой степени, по меньшей мере, четыре панические атаки в неделю за четыре недели наблюдения

2.1 Жалобы и анамнез

- 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 [1;2,34,58,59].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- 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

сверхтревости и гиперопеки со стороны родителей пациента с целью дифференциальной диагностики[2,34,59,60,61,62,63].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- 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[1;2,3;34,62,63,64,65,66,67].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарий: В случае, если клиническая симптоматика отличается от типичной (приведенной в МКБ-10), следует провести подробную дифференциальную диагностику.

- 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 [1;2,3;34,62,63,64,65,66,67]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- 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 [1,2,34,64,66,67].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- При сборе анамнеза у всех пациентов с ПР необходимо оценить суицидальный риск с целью дифференциальной диагностики состояния, определения вида и объема психиатрической помощи [1,2,34,64,66,67]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- 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 [1,2,34,64,66,67].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- 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 [1,2,34,64,66,67].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарий: *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.*

2.2 Физикальное обследование

- 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 [2,34,57,59,68]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется проведение стандартного физикального и неврологического осмотра с целью исключения органических причин вегетативных симптомов и для подтверждения диагноза ПР [2,33,39,57,58,65].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- 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 [2,33,39,57,58,65,68].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой в физикальное обследование рекомендуется включать выявление следов инъекций различной давности с целью выявления применения психоактивных веществ (ПАВ) [2,34,57,59,68].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется провести пальпацию щитовидной железы для исключения заболеваний щитовидной железы [2,34,57,59,68]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- 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 [2,34,57,59,68]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

- Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется установить отсутствие экзофтальма для исключения заболеваний щитовидной железы [2,22]

2.3 Лабораторные диагностические исследования

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

- 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 [2,34,57,59,68].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

- Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется провести анализ крови для оценки функции щитовидной железы: [2,14]: исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) сыворотки крови, уровня свободного трийодтиронина сыворотки крови (Т3), уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, уровня свободного тироксина сыворотки (Т4) крови, уровня тиреотропного гормона в крови для исключения патологии щитовидной железы[2,34,57,59,68]:

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется проведение электроэнцефалографии для оценки биоэлектрических потенциалов головного мозга и исключения пароксизмальных состояний [2,34,57,59,68].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

- Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется проведение дуплексного сканирования транскраниальных артерий и вен для исключения сосудистой патологии[2,34,57,59,68]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

- Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга для исключения органического поражения головного мозга[2,34,57,59,68]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

- Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется проведение электрокардиографии для оценки соматического состояния, исключения сердечно-сосудистой патологии [2,34,57,59,68,70,71]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4).

2.5Иные 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[1,2,3,34]. 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 клинико- и экспериментально-психологических методов при решении задач психологической диагностики является учет и анализ специфики,

обусловленной измененным болезнью психическим и психологическим статусом испытуемого.

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

- 1. Клинические оценочные шкалы;*
 - 2. Клинико-психологические и экспериментально-психологические методы и методики (нестандартизованные пато- и нейропсихологические пробы, стандартизованные психометрические тестовые методики).*
- Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется использование психометрических шкал и симптоматических опросников для скрининга и оценки уровня тревоги и ее динамики: The Hamilton Anxiety Rating Scale – Шкала тревоги Гамильтона (HARS) (Приложение Г1); Patient Health Questionnaire – Опросник по состоянию здоровья (PHQ) (Приложение Г2); для оценки выраженности клинических проявлений рекомендовано использовать Symptom Check List-90- Revised – Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (Приложение Г3); Интегративный тест тревожности (ИТТ) (Приложение Г4); State-Trait Anxiety Inventory – Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI) (Приложение Г5); The Beck Anxiety Inventory – Шкала тревоги Бека (BAI) (Приложение Г6); Sheehan Anxiety Scale – Шкала тревоги Шихана (ShARS) (Приложение Г7) [1,2,3,34].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии: *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.

Наиболее часто применяемые методики для исследования психологической структуры личности: (Minnesota Multiphasic Personalit Inventory) - Стандартизованный клинический личностный опросник (ММПИ) (в адаптации Собчик Л.Н. с соавт. (1970) – полный вариант ММПИ)(Приложение Г 8) [2,34 183]; IchStrukturTestnach G. Ammon – методика «Я-структурный тест» Г. Аммона, (1978) (ISTA)) (Приложение Г9) [2,34,184].

Наиболее часто применяемые методики для исследования отдельных индивидуально-психологических особенностей личности: (Методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК)(Приложение Г10) [2,22, 185]; Опросник для исследования личностных убеждений «Personal Beliefs Test» (Kassinove H., Berger A., 1984)(Приложение Г11)[2,22, 186]

Наиболее часто применяемые методики для психологической диагностики факторов риска психической дезадаптации: (Life style index – методика «Индекс жизненного стиля» (LSI)(Приложение Г12) [2,34, 187].]; Методика "Стратегии совладающего поведения" Р .Лазаруса (WCQ, Folkman S., Lazarus R., 1988)(Приложение Г13) [2,34, 188].

Мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne decision making questionnaire, – MDMQ) (Приложение Г14)[2,34 189].

Наиболее часто применяемые методики для психологической диагностики системы значимых отношений:

Опросник невротической личности KON-2006 (Aleksandrowicz J., и др., 2006) (Приложение Г15) [2,34, 190]

Для исследования приверженности лечению используют методику: Российский универсальный опросник количественной приверженности лечению(КОП-25)(Приложение Г16) [2,34, 191].

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

Данные современных научных исследований подтверждают высокую эффективность как некоторых антидепрессантов и анксиолитиков, так и психотерапии (когнитивно-поведенческой, динамической, релаксационной и др.). Имеются исследования, показывающие высокую эффективность сочетанного применения психофармакотерапии и психотерапии. Выбор стратегии терапии и соотношение психофармакотерапии и психотерапии зависят от проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, установок и ожиданий пациента, актуальных ресурсов и организационных возможностей и должен гибко оцениваться с учетом персонализированного подхода в каждом конкретном случае. Имеются показания и противопоказания, как для психофармакологического, так и для психотерапевтического лечения. Они преимущественно связаны с состоянием пациента, побочными эффектами и организационными условиями [75,76,77,78,79,80,81,82,83].

- Пациентам с ПР рекомендовано применение психофармакотерапии и / или психотерапии с целью купирования симптоматики [75,76,77,78,79,80,81,82,83]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *Преимуществами психотерапии является отсутствие соматических побочных эффектов лечения и, согласно некоторым исследованиям, лучшая сохранность достигнутых результатов [77,79,80,82]. 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 [77,79,80,82].*

3.1Психофармакотерапия

- 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 [76,86,108,109], циталопрама [76,86,98,99], эсциталопрама [76,86,98,99], пароксетина** [76,86,100,102,103], #флуоксетина** [76,86,111], #венлафаксина [76,86,108,109]).

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии:

Поскольку в РКИ, проводившихся для оценки эффективности препаратов в лечении ПР, не учитывался клинический вариант и типы приступов, то имеются определенные сложности в применении их результатов при реализации персонализированного подхода в медицине.

*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 [76]; 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) [75, 76, 78, 84, 85, 88, 89, 91, 93]. 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 [75, 76, 84, 85, 88, 91, 93].

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 бензодиазепина, особенно при частых панических атаках [83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,92,94,95,96,97];

К преимуществам антидепрессантов относятся хороший профиль эффективность-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 [72,77, 194].

- Пациентам с ПР, не имеющим противопоказаний, рекомендуется назначать препараты из группы производных бензодиазепина 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[76,86,103,115,116,117,118,119,120,121].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)

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

перед назначением этой группы препаратов должен быть хорошо собран наркологический анамнез. Нецелесообразно их назначать пациентам с зависимостью или риском формирования зависимости от ПАВ. Также не рекомендуется назначать их пожилым пациентам в связи с увеличением риска нарушений координации и падений. Следует обратить внимание на комплаентность пациента – в некоторых случаях пациенты склонны превышать рекомендуемые дозировки. Препараты из группы производных бензодиазепина могут формировать зависимость и имеют синдром отмены при резком прекращении терапии. Поэтому длительность их применения должна быть ограничена 3-4 неделями. При назначении в комбинированной терапии вместе с антидепрессантами предпочтительно их назначать на первые недели терапии до начала эффективного действия антидепрессантов и потом отменять. Более

длительная терапия производными 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. Нет доказательных исследований об эффективности бромдигидрохлорфенилбензодиазепаина. Однако в российской медицинской практике он традиционно применяется для лечения тревожных расстройств и купирования панических атак.[1]

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 [75,76,83, 85,86,88,92,95].

- 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) [76,86,103,115,116,117,118,119,120,121].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: 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 [88,92,95]. 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 бензодиазепаина «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.

- 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 [75,83,84,85,86].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- 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 [75,76,78,80,86,129,130,131,132,133,134,135].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Пациентам с ПР рекомендовано проводить обследование в динамике при помощи шкалы тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS) с целью оценки эффективности проводимого лечения [75,76,78,80,86,129,130,131,132,133,134,135]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: *ответом на терапию считается снижение общего балла по шкале тревоги Гамильтона на $\geq 50\%$, достижением ремиссии - балл ≤ 7 (The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS);*

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.

- 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 [1,2,75, 84, 85, 88, 91, 93].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарий: *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[75,76,85,86,93]. 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.*

- 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 [88,93] .

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарий: *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[75,76,78,83,88,93].

- 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[75,76,78,83,88,93].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств1)

Комментарий: *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[75,76,83,92].*

- Тем пациентам, у которых не удалось достигнуть ремиссии на фоне терапии препаратами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, #венлафаксином, имипрамино** или кломипрамино**, рекомендуется монотерапия производными бензодиазепина с целью купирования симптомов ПР[75,76,83,88,103,116,117, 121].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств1)

Комментарий: *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.[75,76,86,103,115, 116,117,118,120, 121].*

- После наступления терапевтического эффекта с целью стабилизации эффекта и профилактики рецидивов пациентам с ПР рекомендуется проведение длительной фармакотерапии(не менее 6 месяцев)[75,76,85,86,88,92].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *согласно некоторым источникам, длительность проводимой терапии, в целях профилактики рецидива, составляет 12 месяцев. Проводить поддерживающую терапию следует в той же дозе, на которой был достигнут положительный эффект. Важно отметить, что по окончании срока терапии отмену приема препарата следует проводить с постепенным снижением дозы и тщательным контролем состояния пациента на протяжении как минимум 2-3-х*

месяцев [75,76,85,86,88,93]. Данная рекомендация связана с возможным возникновением синдрома отмены при резком прекращении приема антидепрессантов.

- Всем пациентам, у которых была достигнута ремиссия на фоне монотерапии препаратами из группы производных бензодиазепаина рекомендуется продолжение терапии в течение не более 6 месяцев с целью поддерживающей терапии для сохранения ремиссии ПР [75,76,85,86,115,118,121].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарий: В отношении производных бензодиазепаина общие рекомендации предписывают их применение короткими курсами [75,76,85,86,88,93]. В связи с этим, по соображениям безопасности длительный прием производных бензодиазепаина (до 6 месяцев) может быть оправдан только в том случае, если терапия антидепрессантами неэффективна [88,92,95,115]. Важно иметь в виду, что прекращение приема производных бензодиазепаина должно проводиться с постепенным снижением дозы для уменьшения выраженности синдрома отмены [76,116]. При этом, препараты с коротким периодом полувыведения (алпразолам и лоразепам**) вызывают более выраженные синдромы отмены, чем препараты с более длительным периодом полувыведения (#клоназепам**, диазепам**)[119,120,121].

- 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 [75,76,85,86,88,92].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

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

- 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 [75,76,85,86,88,92].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- 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 бензодиазепина, верифицированной комплантностью и диагнозом ПР, рекомендуется переход к стратегиям преодоления резистентности с целью купирования симптомов ПР [75,76,85,86,88,92].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарий: Для резистентных случаев ПР возможно назначение следующих препаратов: антидепрессанты- #миртазапин 15-45 мг/сут; #дулоксетин 60-120 мг/сут; #милнаципран 50-100 мг/сут; противосудорожные 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[75,76,85,86,88,93].

3.2 Психотерапия

Психотерапия является доказанным эффективным методом лечения невротических расстройств, в т.ч. и панического расстройства. В ряде исследований показана равная эффективность психотерапии и психофармакотерапии при ПР. Надо отметить, что в целом психофармакотерапия дает более быстрое улучшение состояния и требует меньше усилий пациента, временных и экономических затрат, но симптоматика может возобновляться при отмене медикаментов. Психотерапия, в особенности если психологические механизмы формирования и поддержания 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. Большое количество источников, показывающих эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии, связано, скорее, с возможностью в рамках научных исследований воспроизводить определенные техники, а не с безусловным приоритетом этого метода для пациентов с паническим расстройством. Другие методы психотерапии, имеющие на сегодняшний день меньшую доказательную базу, могут быть не менее, а возможно в определенных случаях более эффективными, чем когнитивно-поведенческая психотерапия [1,2,77,78,81,83,134,136,137,138,139,140,141,142,143,144,145,146].

Противопоказания и ограничения к психотерапевтическому лечению [2,78,83,137,142]:

- 1) пациенты со страхом перед самораскрытием и преобладанием отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты;
 - 2) пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям и очевидной вторичной выгодой от болезни;
 - 3) пациенты с низкой интерперсональной сенситивностью;
 - 4) пациенты, которые не смогут регулярно посещать сеансы психотерапии;
 - 5) пациенты, которые не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания в индивидуальной и групповой психотерапии;
 - 6) пациенты, чьи характерологические особенности не позволят им конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии и извлекать из этой работы пользу (которые постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием; или пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью).
- В лечении пациентов с 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[1,2,77,78,81,83,134, 138, 142,145].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

- Пациентам с ПР рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения частоты панических атак, преодоления ограничительного поведения проведение 10-15 сеансов когнитивно-поведенческой психотерапии [2,77,78,147,148,149,150,151,152].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии:

Когнитивная модель панического расстройства. 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 — сердечно-сосудистая, респираторная, центральная нервная — потерпят крах. Пациенты с паническими расстройствами имеют специфический когнитивный стиль: они неспособны реалистично 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. Есть исследования, показывающие различную эффективность техник когнитивно-поведенческой психотерапии. В некоторых исследованиях отмечается неэффективность мышечной релаксации, которая в определенных случаях может способствовать фиксации внимания пациента на внутренних ощущениях.

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 интероцептивная 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 ощущений. 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. Имеются данные, что использование КПТ дистанционно не снижает в значительной степени ее эффективность и в дальнейшем можно использовать данную технологию[2,78, 152,153,154,155,156,157,158,159,160,161,162].

- 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.[167,168,169,170,171].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии:

- Рандомизированные доказательные исследования позволили подтвердить эффективность использования психодинамического подхода в лечении ПР (*psychodynamic formulation for panic disorder PFPP*), чему способствовало выделение симптоматических мишеней. 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 выразить гнев в социально приемлемой, не вызывающей страх, форме, является важным достижением терапии. Более высокая асертивность и способность обсуждать интерперсональные конфликты улучшает психосоциальное функционирование и снижает уязвимость к ПА [2,78,167,168,169,170,171,172,173,174,175].

- 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 [2,78,152].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *Существуют исследования как подтверждающие эффективность релаксационных методов при лечении ПР, так и описывающие их ограниченные возможности. Использование биообратной связи позволяет пациенту обучиться регуляции своего состояния и возможности его мониторинга [1,176].*

- Пациентам с ПР рекомендуется с целью снижения тревоги, частоты ПА, разрешения внутриличностных противоречий, лежащих в основе панической симптоматики, преодоления ограничительного поведения применение индивидуальной и групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии – 20-30 сеансов [2,78].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: *Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия может быть отнесена к отечественному варианту психодинамического направления. Психотерапия направлена на восстановление нарушенной системы отношений больного через изучение специфики личностных расстройств у него, анализ и осознание особенностей формирования системы отношений пациента, патогенной ситуации и невротического конфликта. Сбалансированное использование механизмов лечебного воздействия (конфронтации, эмоционально-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.*

3.3 Иное лечение

- Пациентам с ПР, особенно с резистентными формами рекомендуется применение методов транскраниальной магнитной стимуляции с целью снижения уровня тревожности и снижении частоты панических атак[177,178,179,180,181].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: В ряде исследований описаны эффекты импульсной (циклической) транскраниальной магнитной стимуляции[177,178,179]. В настоящее время достоверная рекомендательная база недостаточна. Но в ряде случаев, особенно при резистентных формах ПР, целесообразно присоединение этого метода к психофармакотерапии и психотерапии[180,181].

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

- Пациентам с ПР рекомендуется использовать реабилитационные мероприятия с целью укорочения временной утраты трудоспособности пациентов, ранней социализации в обществе, улучшения качества жизни[2,78,83].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- 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 [77, 78].

Уровень убедительности рекомендаций С(уровень достоверности доказательств 5)

- 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 [2,78].

Уровень убедительности рекомендаций С(уровень достоверности доказательств 3)

- 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[2,78,83,136]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Пациентам с ПР рекомендуется наблюдение и курация врачом-психотерапевтом или врачом психиатром для коррекции терапии и корректной ее отмены, проведении психотерапии [2,78,86].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

- 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 [2,78,86].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

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

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.

- Пациентам с ПР рекомендуется приверженность принципам здорового образа жизни, внедрение мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья среди населения в целях профилактики тревожных нарушений [1,2,3,134,139,182].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: *имеются исследования, подтверждающие, что физическая активность может снижать риск развития ПР и способствовать более эффективному совладанию с тревогой [182].*

6. 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.

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

6.1 Факторы (предикторы) способствующие затяжному течению

Основные предикторы затяжного течения ПР[3;17;18]

Предикторы непрерывного течения затяжных форм	<ul style="list-style-type: none">• преморбидная минимальная церебральная дефицитарность;• правосторонний тип функциональной межполушарной асимметрии;• эмоциональное пренебрежение со стороны значимых лиц в родительской семье, что приводит к биопсихосоциальной констелляции, препятствующей разрешению конфликтов, связанных с неудачным опытом ранних отношений, интеграции нового опыта, формированию устойчивой самооценки и определяющей снижение адаптационного потенциала личности
Предикторы волнообразного течения затяжных	<ul style="list-style-type: none">• личностные особенности индивида, определяющие его уязвимость к стрессовым воздействиям, затрагивающих наиболее значимые отношения

форм	личности и имеющих сходный (стереотипный) характер
Психологические предикторы затяжного течения	<ul style="list-style-type: none"> • использование психологической защиты в виде вытеснения; • интернальность в отношении к болезни; • более глубокие нарушения нарциссической регуляции, формирующие нестабильность самооценки, высокую уязвимость к критике, • избирательное внимание к неудачному опыту; • трудности в построении межличностных отношений, проявляющиеся либо избеганием контактов, либо поиском патерналистских отношений, обеспечивающих поддержание позитивной самооценки
Социальные предикторы затяжного течения	<ul style="list-style-type: none"> • воспитание матерью-одиночкой, • развод/расставание родителей, • дисгармоничные отношения в родительской семье, что указывает на особую значимость семейных отношений в формировании у больных с хроническим затыжным течением невротических расстройств навыков проблемно-решающего поведения
Клинические предикторы затяжного течения	<ul style="list-style-type: none"> • коморбидные психические расстройства • коморбидные соматические расстройства • злоупотребление психоактивными веществами • пролонгированная актуальная стрессовая ситуация в сочетании с низкой фрустрационной толерантностью • терапевтическая резистентность

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности и доказательств	Уровень убедительности и рекомендаций
Этап постановки диагноза			
1	Выполнено клиническое обследование (собраны клиничко-anamнестические, клиничко-психопатологические)	A	1
2	Оценен риск суицидального поведения	A	1
2	Выполнено экспериментально-психологическое обследование	A	1
3	Проведены общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, анализ мочи общий, исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) сыворотки крови, уровня свободного трийодтиронина сыворотки крови (Т3),	B	2

	уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, уровня свободного тироксина сыворотки (Т4) крови, уровня тиреотропного гормона в крови		
4	Выполнена электроэнцефалография	В	2
5	Выполнена электрокардиография	А	1
Этап лечения			
1	Выполнено назначение психофармакотерапии (антидепрессанты / производные бензодиазепина)	А	1
2	Проведен анализ эффективности и переносимости назначенной терапии (на 7-14-28 день и далее ежемесячно)	А	1
3	Проведена смена терапии при отсутствии эффективности или непереносимости терапии	А	1
4	Проведена психотерапия	А	1
5	Достигнуто уменьшение уровня тревоги, частоты и интенсивности панических приступов	А	1

Список литературы

1. Психиатрия. Национальное руководство / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1008 с.
2. Караваева Т. А. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств Т. А. / Караваева, А. П. Коцюбинский. – СПб.: СпецЛит, 2017. – 286 с.
3. Schenberg L. C. Panic disorder / L. C. Schenberg // *Neurosci. Biobehav.Rev.* – 2014. – Vol. 46 (3). – P. 343–344. – doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.11.004.
4. 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
5. 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
6. 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
7. Атаманов А. А. Конституциональные предпосылки панического расстройства и роль характера больных в факторной модели заболевания / А. А. Атаманов, В. Д. Менделевич // *Психическое здоровье.* – 2011. – Т. 9, № 5 (60). – С. 46–52.
8. 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.
9. Кен Иное Сравнение клинических особенностей панических расстройств у пациентов с семейной историей психических расстройств и без нее / КенИное, ХисанобуКайя, НаомиХара, ЮжиОказаки [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.
10. 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.
11. De la Torre-Luque A. Complexity and nonlinear biomarkers in emotional disorders: A meta-analytic study / A. De la Torre-Luque, X. Bornas, M. Balle, A. Fiol-Veny // *Neurosci. Biobehav.Rev.* – 2016. – Vol. 68. – P.410–422. – doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.05.023.

12. Коробейникова Л. А. Генетические основы предрасположенности к паническому расстройству / Л. А. Коробейникова, О. И. Рудько, Ю. Э. Азимова и др. // Успехи современной биологии. – 2012. – № 132. – С. 21–35.
13. 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.
14. 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.
15. Howe A. S. Candidate genes in panic disorder: meta-analyses of 23 common variants in major anxiogenic pathways / A. S. Howe, H. N. Buttenschøn, A. Bani-Fatemi et al. // *Mol. Psychiatry*. – 2016 – Vol. 21 (5). – P. 665–679. – doi: 10.1038/mp.2015.138.
16. Климов Е. А. Ассоциации полиморфных вариантов генов холецистокинергической системы с паническим расстройством / Е. А. Климов, А. В. Малахова, Л. А. Коробейникова и др. // *Медицинский совет*. – 2018. – № 12. – С. 190–194.
17. 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.
18. 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.
19. Grambal A. What fMRI can tell as about panic disorder: bridging the gap between neurobiology and psychotherapy / A. Grambal, P. Hlušík, J. Praško // *Neuro Endocrinol. Lett.* – 2015. – Vol. 36 (3). – P. 214–225.
20. 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
21. 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.
22. 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.

23. 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.
24. 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.
25. Павлова Т. А. Нейроэндокринные аспекты патогенеза и психофармакотерапии панического расстройства / Т. А. Павлова, И. В. Дороских, Л. Н. Горобец // *Психиатрия.* – 2016. – Т. 72, № 4. – С. 55–70.
26. Batelaan N.M. Epidemiology of panic / N.M. Batelaan, R. De Graaf, A. J. Van Balkom et al. // *Tijdschr. Psychiatr.* – 2006. – Vol. 48 (3). – P. 195–205.
27. Kessler R. C. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication / R. C. Kessler, W. T Chiu, R. Jin, A. M. Ruscio // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 63 (4). – P. 415–424. – DOI: 10.1001/archpsyc.63.4.415
28. Alonso J. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project / J. Alonso, M. C. Angermeyer, S. Bernert et al. // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* – 2004. – Vol. 109(s420). – P. 38–46. – DOI: 10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x
29. Ганзин И. В. Исследование распространенности и типологии фобических расстройств / И. В. Ганзин // *Гуманитарные науки.* – 2016. – № 1 (33). – С. 11–19.
30. Воробьева О. В. Гендерные ролевые характеристики больных паническим расстройством / О. В. Воробьева, В. В. Репина // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* – 2012. – Т. 112, № 10. – С. 4–7.
31. Мартынихин И. А. Гендерные различия эпидемиологии и патогенеза депрессивных и тревожных расстройств в контексте их влияния на эффективность терапии сертралином (Золофтом) / И. А. Мартынихин // *Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина.* – 2019. – № 3. – С. 52–58.
32. Lovick T. A. Sex determinants of experimental panic attacks/ T. A. Lovick // *Neurosci. Biobehav.Rev.* – 2014. – Vol. 46 (Pt 3). – P. 465–471. – doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.03.006.
33. Asmundson G. J. Panic disorder and agoraphobia: an overview and commentary on DSM-5 changes / G. J. Asmundson, S. Taylor, J. A. Smits // *Depress. Anxiety.* – 2014. – Vol. 31 (6). – P. 480–486. – doi: 10.1002/da.22277.
34. Караваева Т. А. Критерии и алгоритм диагностики панического расстройства / Т. А. Караваева, А. В. Васильева, С. В. Полтораки и др. // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* – 2015. – № 2. – С. 3–9.

35. Воробьева О. В. Панические атаки (клиника, диагностика, принципы лечения) / О. В. Воробьева // Лечение заболеваний нервной системы. – 2015. – № 2 (17). – С. 3–11.
36. Roy-Byrne P. Panic disorder / P.Roy-Byrne, M. Craske, M. Stein // *Lancet*. – 2006. – Vol. 368 (9540). – P. 1023–1032.
37. Natolochnaya O. V. Panic attack as the syndrom of the XXI century / O. V. Natolochnaya, A. A. Cherkasov // *European Journal of Psychological Studies*. – 2014. – Vol. 1 (1). – P. 12–17. – DOI: 10.13187/ejps.2014.1.12
38. Левин О. С. От вегетативных кризов к паническим атакам... и обратно? / О. С. Левин // *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. – 2018.–№ 2. – С. 4–12.
39. Zugliani M. M. Laboratory, clinical and therapeutic features of respiratory panic disorder subtype / M. M.Zugliani, R. C. Freire, G. Perna et al. // *CNS Neurol. Disord.Drug.Targets*. – 2015. – Vol. 14 (5). – P. 627–635. – DOI: 10.2174/1871527314666150430163142
40. Никитина В. Б. Прогнозирование риска формирования панического расстройства [Электронный ресурс] / В. Б. Никитина, Т. В. Казенных // *Современные проблемы науки и образования: электронный научный журнал* – 2018. – № 4. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=27877>
41. Погосова И. А. Клинические и психологические особенности больных паническим расстройством и агорафобией / И. А. Погосова // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2016. – № 3 (92). – С. 23–28.
42. Сиволап Ю. П. Паническое расстройство: клинические феномены и возможности терапии / Ю. П. Сиволап // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2017. – Т. 117, № 4.– С. 112–116.
43. Липовая О. А. Психологические особенности панических атак / О. А. Липовая, Г. В. Соколовский // *Вестник Таганрогского государственного педагогического института*. – 2017. – № 1. – С. 57–60.
44. Бобров А. Е. Клинические, личностные и когнитивно-стилевые особенности больных с тревожными расстройствами / А. Е. Бобров, Е. В. Файзрахманова // *Российский психиатрический журнал*. – 2017. – № 5. – С. 50–58.
45. Волель Б. А. Когнитивные нарушения при тревожных расстройствах / Б. А. Волель, Д. С. Петелин, Р. В. Ахапкин, А. А. Малютина // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2018. – Т. 10, № 1. – С. 78–82.
46. Мосолов С. Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия / С. Н. Мосолов. – М.: Артгифо, 2007. – 32 с.

47. Иванец Н. Н. Клинико-психопатологические особенности депрессий с паническими атаками / Н. Н. Иванец, К. М. Тартынский, Г. Л. Кренкель, С. В. Прохорова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. – Т.9, № 3. – С. 18–23.
48. 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
49. 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.
50. Tully P. J. The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease / P. J. Tully, S. M. Cosh, H. Baumeister // J. Psychosom. Res. – 2014. – Vol.77 (6). – P. 439–448. – doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.10.001.
51. 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
52. Варфоломеева Ю. Е. Коморбидность панического расстройства / Ю. Е. Варфоломеева // Независимый психиатрический журнал. – 2014. – № 1. – С. 75–79.
53. Васильева А. В. Комбинированная терапия панических расстройств в кардиологической практике / А. В. Васильева, Т. А. Караваева, С. В. Полторак // Врач. – 2017. – № 8. – С. 18–21.
54. Горбунова А. А. Паническое расстройство и аффективная патология (аспекты коморбидности) / А. А.Горбунова, Е. В. Коллюцкая// Психиатрия. – 2014. – № 3 (63). – С. 33–33а.
55. Горбунова А. А. Паническое расстройство и аффективная патология (аспекты коморбидности) / А. А.Горбунова, Е. В. Коллюцкая// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 10. – С. 9–13.
56. Погосов А. В. Коморбидная взаимосвязь панического расстройства и алкогольной зависимости (клинико-психопатологические и психологические аспекты) / А. В. Погосов, И. А. Погосова // Наркология. –2016. – Т. 15, № 7 (175). – С. 60–67.
57. Панические атаки: неврологические и психофизиологические аспекты / А. М. Вейн, Г. М. Дюкова, О. В. Воробьева и др. – СПб.: Инст. мед.маркетинга, 1997. – 304 с.
58. Locke A. B. Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults / A. B. Locke N. Kirst, C. G. Shultz // Am. Fam. Physician. – 2015.– Vol. 91 (9). – P. 617–624.

59. Быстрицкий А. С. Дифференциальная диагностика и лечение панических расстройств / А. С. Быстрицкий, Н. Г. Незнанов, Э. Э. Звартау // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. – 2006. – № 3. – С. 4–7.
60. Корабельникова Е. А. Современный подход к диагностике и терапии панического расстройства / Е. А. Корабельникова // *Поликлиника*. – 2016. – № 4-3. – С. 31–36.
61. Корабельникова Е. А. Современный подход к диагностике и терапии тревожных расстройств / Е. А. Корабельникова // *Терапия*. – 2018. – № 7-8 (25-26). – С. 63–68.
- Л. С. Немых // *Прикладные информационные аспекты медицины*. – 2015. – Т. 18, № 5. – С. 63-68.
63. Павличенко А. В. Паническое расстройство с агорафобией: вопросы диагностики и коморбидность / А. В. Павличенко, Д. А. Чугунов // *Независимый психиатрический журнал*. – 2012. – № 2. – С. 16–23.
64. Ростовщиков В. В. Проблема панических расстройств: современные аспекты диагностики и фармакотерапии (обзор концепций) / В. В. Ростовщиков, Э. Г. Иванчук, Е. А. Тараканова // *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. – 2015. – № 1. – С. 23–30.
65. Федоряка Д. А. Особенности психического состояния больных паническими атаками / Д. А. Федоряка, Т. Н. Резникова, Н. А. Селиверстова // *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова*. – 2016. – Т. 8, № 4. – С. 91–96.
66. Федоряка Д.А. Изучение субъективных ощущений у больных паническими атаками в структуре внутренней картины болезни / Д. А. Федоряка, Т. Н. Резникова, Н. А. Селиверстова // *Вестник психотерапии*. – 2017. – № 62 (67). – С. 99–109
67. 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.
68. 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.
69. 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.

70. 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. [Epubaheadofprint]
71. Прибытков А. А. Головокружение и паническое расстройство: вопросы психосоматических соотношений, диагностики и терапии / А. А. Прибытков // *Психические расстройства в общей медицине.* – 2014. – № 1. – С. 33–37.
72. Головачева В. А. Тревожные расстройства под маской вегетососудистой дистонии / В. А. Головачева, В. А. Парфенов // *Медицинский совет.* – 2017. – № 17. – С. 26–30.
73. 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
74. Tully P. J. Panic disorder and incident coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis protocol / P. J. Tully, G. A. Wittert, D. A. Turnbull et al. // *Syst. Rev.* – 2015. – Vol. 4. – Article number: 33. – doi: 10.1186/s13643-015-0026-2
75. Bandelow В. Рекомендации Всемирной Федерации Сообществ Биологической Психиатрии (WFSBP) по фармакотерапии тревоги, обсессивно-компульсивного и посттравматического расстройств / В. Bandelow, J. Zohar, E. Hollander et al. // *Современная терапия психических расстройств.* – 2011. – № 3. – С. 33–40. [Bandelow В., Zohar J., Hollander E., Kasper S., Moller H.-J. et al. WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive-compulsive, Post-traumatic Stress Disorders // *The World Journal of Biological Psychiatry.* – 2008. – Vol. 9 (4). – P. 248–312].
76. Караваева Т. А. Принципы и алгоритмы психофармакологического лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) / Т. А. Караваева, А. В. Васильева, С. В. Полторац, Ю. П. Колесова // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* – 2016. – № 1. – С. 3–9.
77. Imai H. Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults / H. Imai, A. Tajika, P. Chen et al. // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2016. – Vol. 12 (10) – CD011170. – DOI: 10.1002/14651858.CD011170.pub2
78. Караваева Т. А. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) / Т. А. Караваева, А. В. Васильева, С. В. Полторац // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* – 2016. – № 4. – С. 42–51.

79. 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.
80. 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.
81. Cuijpers P,
Добавление психотерапии к антидепрессантам при депрессивных и тревожных расстройствах: мета-анализ / P. Cuijpers, M. Sijbrandij, S.L. Koole et al. // *Всемирная психиатрия (на русском языке)*. – 2014. – Vol. 13 (1). – P. 56–67.
82. Голозубова К. Н. Оценка эффективности фармакологических и психотерапевтических мероприятий в рамках коморбидных панических и депрессивных расстройств / К. Н. Голозубова, И. А. Погосова // *Молодежный инновационный вестник*. – 2017. – Т. 6, № 1. – С. 192–196.
83. American Psychiatric Association. Practice guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder. – 2nd ed. / ed. by L. J. Fochtmann. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 2009. – 90 p.
84. Bandelow B. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis / B. Bandelow, M. Reitt, C. Röver et al. // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2015. – Vol. 30 (4). – P. 183–192. – doi: 10.1097/YIC.0000000000000078
85. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике) / под ред. С. Н. Мосолова. – М.: Политическая мысль, 2012. – 1080 с.
86. Потанин С. С. Алгоритм биологической терапии панического расстройства / С. С. Потанин, А. А. Бебуришвили, М. В. Гантман и др. // *Современная терапия психических расстройств*. – 2017. – № 3. – С. 33–43.
87. Иванец Н. Н. Особенности психофармакотерапии депрессивных состояний с паническими атаками / Н. Н. Иванец, М. А. Кинкулькина, К. М. Таргынский, Г. Л. Кренкель // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2018. – Т. 118, № 4. – С. 65–69.
88. Bighelli I. Antidepressants and benzodiazepines for panic disorder in adults / I. Bighelli, C. Trespidi, M. Castellazzi et al. // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2016. – Vol. 12 (9). – CD011567. – doi: 10.1002/14651858.CD011567.pub2

89. Andrisano C. Newer antidepressants and panic disorder: A metaanalysis / C. Andrisano, A. Chiesa, A. Serretti // *International clinical psychopharmacology*. – 2013. – Vol. 28, № 1. – P. 33–45.
90. 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.
91. 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
92. 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
93. Zwanzger P. Pharmacotherapy of Anxiety Disorders / P. Zwanzger // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* – 2016. – Vol. 84 (5). – P. 306–314. – doi: 10.1055/s-0042-106764.
94. 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. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178617>
95. 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
96. Bighelli I. Antidepressants versus placebo for panic disorder in adults(Review) / I. Bighelli, M. Castellazzi, A. Cipriani et al. // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2018. – Issue 4. – Art. No.: CD010676.– DOI: 10.1002/14651858.CD010676.pub2
97. Furukawa T.A. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia / T.A. Furukawa, N. Watanabe, R. Churchill // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2007. – Issue 1. – Art. No.: CD004364. – DOI: 10.1002/14651858.CD004364.pub2
98. Stahl S.M. Эсциталопрам в терапии панического расстройства: рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование (расширенный реферат) / S. M. Stahl, I. Gergel, D. Li // *Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина*. – 2005. – № 2. – С. 104–107. [Stahl S.M., Gergel I., Li D. // *J. Clin. Psychiatry* – 2003. – Vol. 64. – P. 1322–1327].

99. Võhma Ü, Raag M, Tõru I, Aluoja A, Maron E. Association between personality traits and Escitalopram treatment efficacy in panic disorder. / *Nord J Psychiatry*. – 2017. – Vol.71(6). P.433-440. doi: 10.1080/08039488.2017.1316772
100. Sugarman M. A. The efficacy of paroxetine and placebo in treating anxiety and depression: a meta-analysis of change on the Hamilton Rating Scales [Электронный ресурс] / M. A. Sugarman, A. M. Loree, B. B. Baltes et al. // *PLoS One*. – 2014. – Vol. 9 (8). – Article:e106337. –Режимдоступа: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106337>
101. Мосолов С. Н. Клиническая эффективность и переносимость Паксила (пароксетина) при лечении панического расстройства / С. Н. Мосолов, Ю. А. Александровский, Р. Я. Вовин и др. // *Терапевтический архив*. – 2000. – Т. 72, № 10. – С. 16–23.
102. Мосолов С. Н. Мультицентровое исследование эффективности и переносимости пароксетина (паксил) при лечении панического расстройства / С. Н. Мосолов, А. Б. Смулевич, Ю. Л. Нуллер и др. // *Качественная клиническая практика*. – 2001. – № 2. – С. 3–16.
103. Pollack M. H. Combined paroxetine and clonazepam treatment strategies compared to paroxetine monotherapy for panic disorder / M. H. Pollack, N. M. Simon, J. J. Worthington et al. // *Journal of Psychopharmacology*. – 2003. – Vol. 17 (3). – P. 276–282. – DOI: 10.1177/02698811030173009
104. Boshuisen M. L. The effect of mirtazapine in panic disorder: an open label pilot study with a single-blind placebo run-in period / M. L. Boshuisen, B. R. Slaap, E. D. Vester-Blokland et al. // *International Clinical Psychopharmacology*. – 2001. – Vol. 16 (6). – P. 363–368.
105. Ribeiro L. Mirtazapine versus fluoxetine in the treatment of panic disorder / L. Ribeiro, J. V. Busnello, M. Kauer-Sant’Anna et al. // *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. – 2001. – Vol. 34 (10). – P. 1303–1307. –DOI: 10.1590/s0100-879x2001001000010
106. Montanes-Rada F., Lucas-Taracena M.T., Sanchez-Romero S. Mirtazapine versus paroxetine in panic disorder: an open study / *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. – 2005. – Vol. 9, No. 2. – P. 87–93.
107. Montanes-Rada F. Mirtazapine versus paroxetine in panic disorder: an open study / F. Montanes-Rada, M. T. Lucas-Taracena, S. Sanchez-Romero // *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. – 2005. – Vol. 9 (2). – P. 87–93. – DOI: 10.1080/13651500510018248
108. Pollack M. H. A double-blind study of the efficacy of venlafaxine extended-release, paroxetine, and placebo in the treatment of panic disorder / M. H. Pollack, U. Lepola, H. Koponen et al. // *Depress. Anxiety*. – 2007. – Vol. 24 (1). – P. 1–14. – DOI: 10.1002/da.20218

109. Беккер Р. А. Велаксин® в капсулах: представление новой пролонгированной формы и обзор новейших данных об эффективности и безопасности / Р. А. Беккер, Ю. В. Быков // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина. – 2017. – Т. 19, № 6. – С. 33–41.
110. Simon N. M. Openlabel support for duloxetine for the treatment of panic disorder / N. M. Simon, R. Kaufman Sripada, E. A. Hoge // *CNS Neuroscience & Therapeutics*. – 2009. – Vol. 15 (1). – P. 19–23. – DOI: 10.1111/j.1755-5949.2008.00076.x
111. Michelson D. Efficacy of usual antidepressant dosing regimens of fluoxetine in panic disorder – randomised, placebo controlled trial / D. Michelson, C. Allgulander, K. Dantendorfer et al. // *British Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 179 (6). – P. 514–518. – DOI: 10.1192/bjp.179.6.514
112. Yee AH. Vortioxetine Treatment for Anxiety Disorder: A Meta-Analysis Study / A. Yee, C. G. Ng, L. H. Seng // *Curr. Drug Targets*. – 2018. – Vol. 19 (12). – P. 1412–1423. – doi: 10.2174/1389450118666171117131151.
113. Bakker A. SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta- analysis / A. Bakker, A. J. van Balkom, P. Spinhoven // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2002. – Vol. 106 (3). – P. 163–167. – DOI: 10.1034/j.1600-0447.2002.02255.x
114. Fujii K. Psychological dependence on antidepressants in patients with panic disorder: a cross-sectional study / K. Fujii, T. Suzuki, M. Mimura, H. Uchida // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2017. – Vol. 32 (1). – P. 36–40. – DOI: 10.1097/YIC.000000000000143
115. Watanabe N. Combined psychotherapy plus benzodiazepines for panic disorder / N. Watanabe, R. Churchill, T. A. Furukawa // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2009. – Issue 1. – Art. No.: CD005335. – DOI: 10.1002/14651858.CD005335.pub2
116. Breilmann J. Benzodiazepines versus placebo for panic disorder in adults / J. Breilmann, F. Giralanda, G. Guaiana et al. // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2019. – Issue 3. – Art. No.: CD010677. – doi: 10.1002/14651858.CD010677.pub2.
117. Offidani E. Efficacy and tolerability of benzodiazepines versus antidepressants in anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis / E. Offidani, J. Guidi, E. Tomba et al. // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2013. – Vol. 82 (6). – P. 355–362. – DOI: 10.1159/000353198
118. Soumerai S. B. Lack of relationship between long-term use of benzodiazepines and escalation to high dosages / S. B. Soumerai, L. Simon- Wastila, C. Singer et al. // *Psychiatric Services*. – 2003. – Vol. 54. – P. 1006–1011. – DOI: 10.1176/appi.ps.54.7.1006

119. Завьялова Н. Е. Алпразолам в лечении панического расстройства в амбулаторных условиях / Н. Е. Завьялова, О. И. Салмина-Хвостова // Психические расстройства в общей медицине. – 2012.– № 1. – С. 39–41.
120. Завьялова Н. Е. Оценка эффективности алпразолама в терапии панического расстройства / / Н. Е. Завьялова, О. И. Салмина-Хвостова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012.–Т. 22, № 3. – С. 61–64.
121. Freire R. C. A 6-Year Posttreatment Follow-up of Panic Disorder Patients: Treatment With Clonazepam Predicts Lower Recurrence Than Treatment With Paroxetine / R. C. Freire, R. Amrein, M. D. Mochcovitch et al. // J. Clin. Psychopharmacol. – 2017. – Vol. 37 (4). – P. 429–434. – doi: 10.1097/JCP.0000000000000740.
122. Imai H. Azapirones versus placebo for panic disorder in adults / H. Imai, A. Tajika, P. Chen et al. // Cochrane Database Syst. Rev. – 2014. – Is. 9. – Art. No.: CD010828. – doi: 10.1002/14651858.CD010828.
123. Васильева А. В. Применение спитомина (буспирон) в комбинированной терапии панического расстройства / А. В. Васильева, Т. А. Караваяева, С. В. Полтораки, Е. И. Чехлатый // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015.– Т. 115, № 11. – С. 63–71.
124. Depping A. M. Second-generation antipsychotics for anxiety disorders / A. M. Depping, K. Komossa, Kissling, S. Leucht // Cochrane Database Syst. Reviews. – 2010. – Issue 12. – Art. No.: CD008120. – DOI: 10.1002/14651858.CD008120.pub2
125. Sepede G. Olanzapine augmentation in treatment resistant panic disorder: a 12-week, fixed-dose, open-label trial / G. Sepede, D. De Berardis, F. Gambi et al. // Journal of Clinical Psychopharmacology. – 2006. – Vol. 26 (1). – P. 45–49.
126. Hoge E. A. Aripiprazole as augmentation treatment of refractory generalized anxiety disorder and panic disorder / E. A. Hoge, J. J. Worthington, R. Kaufman Sripada, H. R. Delong // CNS spectrums. – 2008. – Vol. 13 (6). – P. 522–527. –DOI: 10.1017/S109285290001676X
127. Simon N. M. An open-label trial of risperidone augmentation for refractory anxiety disorders / N. M. Simon, E. A. Hoge, D. Fischmann et al. // The Journal of Clinical Psychiatry. – 2006. – Vol. 67 (3). – P. 381–385. – DOI: 10.4088/jcp.v67n0307
128. Быков Ю. В. Сульпирид в терапии тревожных расстройств и тревожной симптоматики в рамках иных расстройств (обзор литературы) / Ю. В. Быков, Р. А. Беккер // Дневник психиатра. – 2016.– № 4. – С.12–16.
129. Chen M. H. Treatment-resistant panic disorder: clinical significance, concept and management / M. H. Chen, S. J. Tsai // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol Psychiatry. – 2016. – Vol.70. – P.219–226. – doi: 10.1016/j.pnpbp.2016.02.001.

130. Zulfarina M. S. Pharmacological Therapy in Panic Disorder: Current Guidelines and Novel Drugs Discovery for Treatment-resistant Patient / M. S. Zulfarina, S. B. Syarifah-Noratiqah, S. A. Nazrun et al. // *Clin. Psychopharmacol. Neurosci.* – 2019. – Vol.17 (2). – P. 145–154. – doi: 10.9758/cpn.2019.17.2.145.
131. Patterson B. Augmentation strategies for treatment-resistant anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis / B. Patterson, M. Van Ameringen // *Depress. Anxiety.* – 2016. – Vol. 33 (8). – P. 728–736. doi: 10.1002/da.22525.
132. Атаманов А. А. Предикторы эффективности терапии и качества ремиссии панического расстройства: значение характерологических особенностей больных / А. А. Атаманов, В. Д. Менделевич // *Практическая медицина.* – 2012. – № 2 (57). – С. 80–84.
133. Воробьева О. В. Пути повышения эффективности терапии тревожных расстройств в клинике нервных болезней / О. В. Воробьева // *Медицинский алфавит.* – 2016. – Т. 1, № 1 (264). – С. 19–24.
134. Swift J. K. Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons / J. K. Swift, R. P. Greenberg, K. A. Tompkins, S. R. Parkin // *Psychotherapy Theory Research & Practice.* – 2017. – Vol. 54 (1). – P. 47–57. – doi: 10.1037/pst0000104.
135. Meuret A. E. Panic Disorder Comorbidity with Medical Conditions and Treatment Implications / A. E. Meuret, J. Kroll, T. Ritz // *Ann. Rev. Clin. Psychol.* – 2017. – Vol. 13 (1). – P. 209–240. – doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093044
136. Pompoli A. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis / A. Pompoli, T. A. Furukawa, H. Imai et al. // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2016. – Issue 4. – Art. No.: CD011004.–doi: 10.1002/14651858.CD011004.
137. Bandelow B. Enduring effects of psychological treatments for anxiety disorders: meta-analysis of follow-up studies / B. Bandelow, A. Sagebiel, M. Belz // *Br. J. Psychiatry.* – 2018. – Vol. 212 (6). – P. 333–338. – doi: 10.1192/bjp.2018.49.
138. Keefe J. R. Treatment of anxiety and mood comorbidities in cognitive-behavioral and psychodynamic therapies for panic disorder / J. R. Keefe, D. L. Chambless, J. P. Barber, B. L. Milrod // *J. Psychiatr. Res.* – 2019. – Vol.114. – P. 34–40. – doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.04.009.
139. Usmani Z. A. Psychological therapies for the treatment of anxiety disorders in chronic obstructive pulmonary disease / Z. A. Usmani, K. V. Carson, K. Heslop et al. // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2017. – Issue 3. –Art. No.: CD010673. – DOI: 10.1002/14651858.CD010673.pub2

140. Караваева Т. А. Сравнительное исследование эффективности личностно-ориентированной (реконструктивной) и когнитивно-поведенческой психотерапии при тревожных расстройствах невротического уровня с инсомнией / Т. А. Караваева, В. А. Михайлов, А. В. Васильева и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – Т. 118, № 4-2. – С. 60–66.
141. Сергеева О. Н. Анализ эффективности комплексных психотерапевтических мероприятий в лечении больных паническими расстройствами / О. Н. Сергеева, И. А. Погосова // Молодежный инновационный вестник. – 2017. – Т. 6, № 1. – С. 198–201.
142. Агасарян Э. Г., Цыганков Д.Б. Психотерапия в рамках комплексной терапии панического расстройства / Э. Г. Агасарян // Психическое здоровье. – 2010. – Т. 8, № 3 (46). – С. 17–19.
143. Троицкий М. С. Возможности немедикаментозной и лекарственной терапии тревожных расстройств (обзор литературы) / М. С. Троицкий, А. Р. Токарев, М. В. Паньшина // Вестник новых медицинских технологий. – 2018. – Т. 25, № 1. – С. 61–70.
144. Эльзессер А. С. Эффективность краткосрочной психотерапии депрессивных и тревожных расстройств / А. С. Эльзессер, Р. В. Кадыров, Е. В. Маркелова // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2018. – № 2 (74). – С. 122–130.
145. Есаулов В. И. Психотерапия панических атак / В. И. Есаулов, И. Ф. Варбан // Theoretical & Applied Science. – 2017. – № 6 (50). – С. 177–181.
146. Cuijpers P. Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis / P. Cuijpers, C. Gentili, R. M. Banos et al. // J. Anxiety Disord. – 2016. – Vol. 43. – P.79–89. – doi: 10.1016/j.janxdis.2016.09.003.
147. Olthuis J. V. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults / J. V. Olthuis, M. C. Watt, K. Bailey et al. // Cochrane Database Syst. Rev. – 2016. – Issue 3 (5). – Art. No.:CD011565. – doi: 10.1002/14651858.CD011565
148. Fentz H. N. The mediational role of panic self-efficacy in cognitive behavioral therapy for panic disorder: a systematic review and meta-analysis / H. N. Fentz, M. Arendt, M. S. et al. // Behav. Res. Ther. – 2014. – Vol. 60. – P. 23–33. – doi: 10.1016/j.brat.2014.06.003.
149. Cuijpers P. Насколько эффективна когнитивно-поведенческая терапия в лечении большого депрессивного расстройства и тревожных расстройств? Актуальный мета-анализ данных / P. Cuijpers, I. A. Cristea, E. Karyotaki et al. // Всемирная психиатрия (на русском языке). – 2016. – № 3. – P. 243–256.

150. Cuijpers P. The effects of cognitive and behavioural therapies for anxiety disorders on depression: a meta-analysis / P. Cuijpers, I. A. Cristea, E. Weitz // *Psychol. Med.* – 2016. – Vol. 46 (16). – P. 3451–3462. – DOI: 10.1017/S0033291716002348
151. Porter E. A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia / E. Porter, D.L. Chambless // *Clin. Psychol. Rev.* – 2015. – Vol. 42. – P.179–192. – doi: 10.1016/j.cpr.2015.09.004.
152. Montero-Marin J. Is cognitive-behavioural therapy more effective than relaxation therapy in the treatment of anxiety disorders? A meta-analysis / J. Montero-Marin, J. Garcia-Campayo, A. López-Montoyo et al. // *Psychol. Med.* – 2018. – Vol. 48 (9). – P. 1427–1436. – doi: 10.1017/S0033291717003099
153. Carpenter J. K. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials / J. K. Carpenter, L. A. Andrews, S. M. Witcraft et al. // *Depress. Anxiety.* – 2018. – Vol. 35 (6). – P. 502–514. – doi: 10.1002/da.22728.
154. Andrews G. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis / G. Andrews, A. Basu, P. Cuijpers // *J. Anxiety Disord.* – 2018. – Vol. 55. – P. 70–78. – doi: 10.1016/j.janxdis.2018.01.001.
155. Cuijpers P. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence / P. Cuijpers, I. A. Cristea, E. Karyotaki et al. // *World Psychiatry.* – 2016. – Vol.15 (3). – P.245–258. – doi: 10.1002/wps.20346.
156. Nogueira-Arjona R. Sudden gains in exposure-focused cognitive-behavioral group therapy for panic disorder / R. Nogueira-Arjona, M. Santacana, M. Montoro et al. // *Clin. Psychol. Psychother.* – 2017. – Vol. 24 (6). – P. 1285–1291. – doi: 10.1002/cpp.2093.
157. Strauss A. Y. Emotion Regulation Strategies in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder / A. Y. Strauss, Y. Kivity, J. D. Huppert // *Behav. Ther.* – 2019. – Vol. 50 (3). – P. 659–671. – doi: 10.1016/j.beth.2018.10.005
158. Pompoli A. Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: a systematic review and component network meta-analysis / A. Pompoli, T. A. Furukawa, O. Efthimiou et al. // *Psychol. Med.* – 2018. – Vol. 48(12). – P. 1945–1953. – doi: 10.1017/S0033291717003919
159. Ori R. Augmentation of cognitive and behavioural therapies (CBT) with d-cycloserine for anxiety and related disorders / R. Ori, T. Amos, H. Bergman et al. // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2015. – Issue 5. – Art. No.: CD007803. – DOI: 10.1002/14651858.CD007803.pub2

160. Ohst B. Catastrophic misinterpretation of bodily sensations and external events in panic disorder, other anxiety disorders, and healthy subjects: A systematic review and meta-analysis [Электронный ресурс] / B. Ohst, B. Tuschen-Caffier // PLoS One. – 2018. – Vol. 13 (3):e0194493. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194493>
161. 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.
162. Carl E. Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials / E. Carl, A. T. Stein, A. Levihn-Coon et al. // J. Anxiety Disord. – 2019. – Vol. 61. – P. 27–36. – doi: 10.1016/j.janxdis.2018.08.003
163. Бурно А. М. Опыт применения методики инверсии возможностей для психотерапии агорафобии в структуре панического расстройства / А. М. Бурно, С. В. Некрасова, Н. Л. Зуйкова // Архивъ внутренней медицины. – 2016. – Т. 6, № S1. – С. 122–123.
164. Резникова Т. Н. Опыт использования сенсорной импульсной стимуляции у больных с паническими атаками / Т. Н. Резникова, Д. А. Федоряка, Н. А. Селиверстова, И. А. Моховикова // Вестник психотерапии. – 2018. – № 68 (73). – С. 47–67.
165. Johnson S. U. Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial / S. U. Johnson, A. Hoffart, H. M. Nordahl, B. E. Wampold // J. Anxiety Disord. – 2017. – Vol. 50. – P. 103–112. – doi: 10.1016/j.janxdis.2017.06.004.
166. Stech E. P. Internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder with or without agoraphobia: a systematic review and meta-analysis / E. P. Stech, J. Lim, E. L. Upton, J. M. Newby // J. Affect Disord. – 2019. – Vol. 257. – P.376–381. – doi: 10.1016/j.jad.2019.07.033
167. Chambless D. L. Prediction and moderation of improvement in cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy for panic disorder / D. L. Chambless, B. Milrod, E. Porter et al. // J. Consult. Clin.Psychol. – 2017. – Vol. 85 (8). – P. 803–813. – doi: 10.1037/ccp0000224.
168. Keefe J. R. Treatment of anxiety and mood comorbidities in cognitive-behavioral and psychodynamic therapies for panic disorder / J. R. Keefe, D. L. Chambless, J. P. Barber, B. L. Milrod // J. Psychiatr .Res. – 2019. – Vol. 114. – P. 34–40. – doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.04.009.
169. Keefe J. R. In-session emotional expression predicts symptomatic and panic-specific reflective functioning improvements in panic-focused psychodynamic psychotherapy / J. R. Keefe, Z. M. Huque, R. J. DeRubeis et al. // Psychotherapy (Chic). – 2019. – Mar 14. doi: 10.1037/pst0000215. [Epub ahead of print]

170. Keefe J. R. Focus is key: Panic-focused interpretations are associated with symptomatic improvement in panic-focused psychodynamic psychotherapy / J. R. Keefe, N. Solomonov, R. J. Derubeis et al. // *Psychother. Res.* – 2018. – Vol. 18. – P. 1–12. – doi: 10.1080/10503307.2018.1464682.
171. Keefe J.R. What is the effect on comorbid personality disorder of brief panic-focused psychotherapy in patients with panic disorder? / J. R. Keefe, B. L. Milrod, R. Gallop et al. // *Depress. Anxiety.* – 2018. – Vol. 35 (3). – P. 239–247. – doi: 10.1002/da.22708.
172. Chambless D.L. Prediction and moderation of improvement in cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy for panic disorder / D. L. Chambless, B. Milrod, E. Porter et al. // *J. Consult .Clin. Psychol.* – 2017. – Vol. 85 (8). – P. 803–813. – doi: 10.1037/ccp0000224.
173. Milrod B. Psychotherapies for Panic Disorder: A Tale of Two Sites / B. Milrod, D. L. Chambless, R. Gallop et al. // *J. Clin. Psychiatry.* – 2016. – Vol. 77 (7). – P. 927–935. – doi: 10.4088/JCP.14m09507.
174. Beutel M.E. Implementing panic-focused psychodynamic psychotherapy into clinical practice / M. E. Beutel, V. Scheurich, A. Knebel et al. // *Can. J. Psychiatry.* – 2013. – Vol. 58 (6). – P. 326–334.
175. Beutel M.E. Changes of brain activation pre-post short-term psychodynamic inpatient psychotherapy: an fMRI study of panic disorder patients/ M. E. Beutel, R. Stark, H. Pan et al. // *Psychiatry Research: Neuroimaging.* – 2010. – Vol. 184 (2). – P. 96–104. – DOI: 10.1016/j.psychresns.2010.06.005
176. Бирюкова Е.В. Применение альфа-тета тренинга БОС при тревожных расстройствах, резистентных к психофармакотерапии (открытое рандомизированное, контролируемое исследование) / Бирюкова Е.В., Тимофеев И.В., Мосолов С.Н.// *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева*, 2010, №1, с.15-20
177. Li H. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for panic disorder in adults / H. Li, J. Wang, C. Li, Z. Xiao // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2014. – Issue 9. – Art. No: CD009083. – doi: 10.1002/14651858.CD009083.
178. Cirillo P. Transcranial magnetic stimulation in anxiety and trauma-related disorders: A systematic review and meta-analysis / P. Cirillo, A. K. Gold, A. E. Nardi et al. // *Brain Behav.* – 2019. – Vol. 9 (6):e01284. – doi: 10.1002/brb3.1284
179. Pigot M. Repetitive transcranial magnetic stimulation as treatment for anxiety disorders / M. Pigot, C. Loo, P. Sachdev// *Expert Review of Neurotherapeutics.* – 2008. – Vol. 8 (10). – P. 1449–1455. – DOI: 10.1586/14737175.8.10.1449

180. Zwanzger P. Transcranial magnetic stimulation for panic / P. Zwanzger, C. Minov, R. Ella et al. // *American Journal of Psychiatry*. – 2002. –Vol.159 (2). – P. 315–316. – DOI: 10.1176/appi.ajp.159.2.315-a
181. Zwanzger P. Anxiolytic effects of transcranial magnetic stimulation—an alternative treatment option in anxiety disorders? / P. Zwanzger, A. J. Fallgatter, M. Zavorotnyy // *Journal of Neural Transmission*. – 2009. – Vol. 116 (6). – P. 767–775. – DOI: 10.1007/s00702-008-0162-0
182. Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Мосолов С.Н. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей психиатров. // *Современная терапия психических расстройств*. - 2017, №2, с.2-15

183. Адаптация методики Л.Н. Собчик. Институт судебной психиатрии им. В.П.Сербского., 1971 г. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛЛ (ММРП) Практическое руководство. – М.: Речь, 2007. – 224 с.
184. Ammon G. Das Verstandniseines Entwicklungsdefizitsvon Ich-Strukturenin Personlichkeitundumgebender Gruppeals Grundlagefir Wissenschaftund Praxiseiner Dynamischen Psychiatrie. / G Ammon. // Dynamische Psychiatrie. – 1978. – Jg. 11.–P. 120-140.
185. Бажин Е.Ф. Метод исследования уровня субъективного контроля/ Е.Ф.Бажин, Е.А.Голынкина., А.М.Эткинд // Психологический журнал.– Том 5. –1984. – №3. – С.152-162.
186. Назыров Р.К. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами / Р.К.Назыров, С.В.Логачева, М.Б.Ремесло, В.В.Холявко, И.О.Павловский // Методические рекомендации.—СПб.: Издательство НИПНИ им. В.М. Бехтерева.—2011.
187. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: методическое пособие для врачей и психологов. / Л.И.Вассерман, О.Ф.Ерышев, Е.Б.Клубова и др. //СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – 1998. – 48с.
188. Вассерман Л.И. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для личности ситуациями / Пособие для врачей и медицинских психологов. / Л.И.Вассерман, Б.В.Иовлев, Е.Р. Исаева и др. // Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб, 2009. – 40с.
189. Корнилова Т.В. Мельбурнский опросник принятия решений: русскоязычная адаптация / Т.В. Корнилова // Психологические исследования. – 2013. – Т. 6. – № 31.
190. Исурина Г.Л. Опросник «KON-2006» – новый метод исследования невротических черт личности. / Г.Л.Исурина, И.В.Грандилевская, П.К.Тромбчиньски// Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 6(47)
191. Николаев Н.А. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) / Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко // Клиническая фармакологическая терапия. – 2018.– № 27(1). – С. 74 - 78.
192. Black D. W. et al. A comparison of fluvoxamine, cognitive therapy, and placebo in the treatment of panic disorder //Archives of General Psychiatry. – 1993. – Т. 50. – №. 1. – С. 44-50.

193. Pollack M. et al. A randomized controlled trial of venlafaxine ER and paroxetine in the treatment of outpatients with panic disorder //Psychopharmacology. – 2007. – Т. 194. – №. 2. – С. 233-242.

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

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

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

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

7. Мизинова Елена Борисовна – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ, член Российской психотерапевтической ассоциации, член Российского общества психиатров.

8. Морозова Маргарита Алексеевна – доктор медицинских наук, заведующая лабораторией психофармакологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», член Российского общества психиатров.

9. Мосолов Сергей Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующий отделом терапии психических заболеваний Московского НИИ Психиатрии - Филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава РФ, заведующий кафедрой психиатрии ФГОБУ «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, член Исполкома Российского общества психиатров.

10. Полторац Станислав Валерьевич – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ, член Российской психотерапевтической ассоциации, член Российского общества психиатров.

11. Потанин Сергей Сергеевич – кандидат медицинских наук, младший научный сотрудник лаборатории психофармакологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» РАН, член Российского общества психиатров.

Конфликт интересов: отсутствует

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-психиатры
2. Врачи-психотерапевты
3. Медицинские психологи
4. Врачи общей практики (семейные врачи)

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

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

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

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

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

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

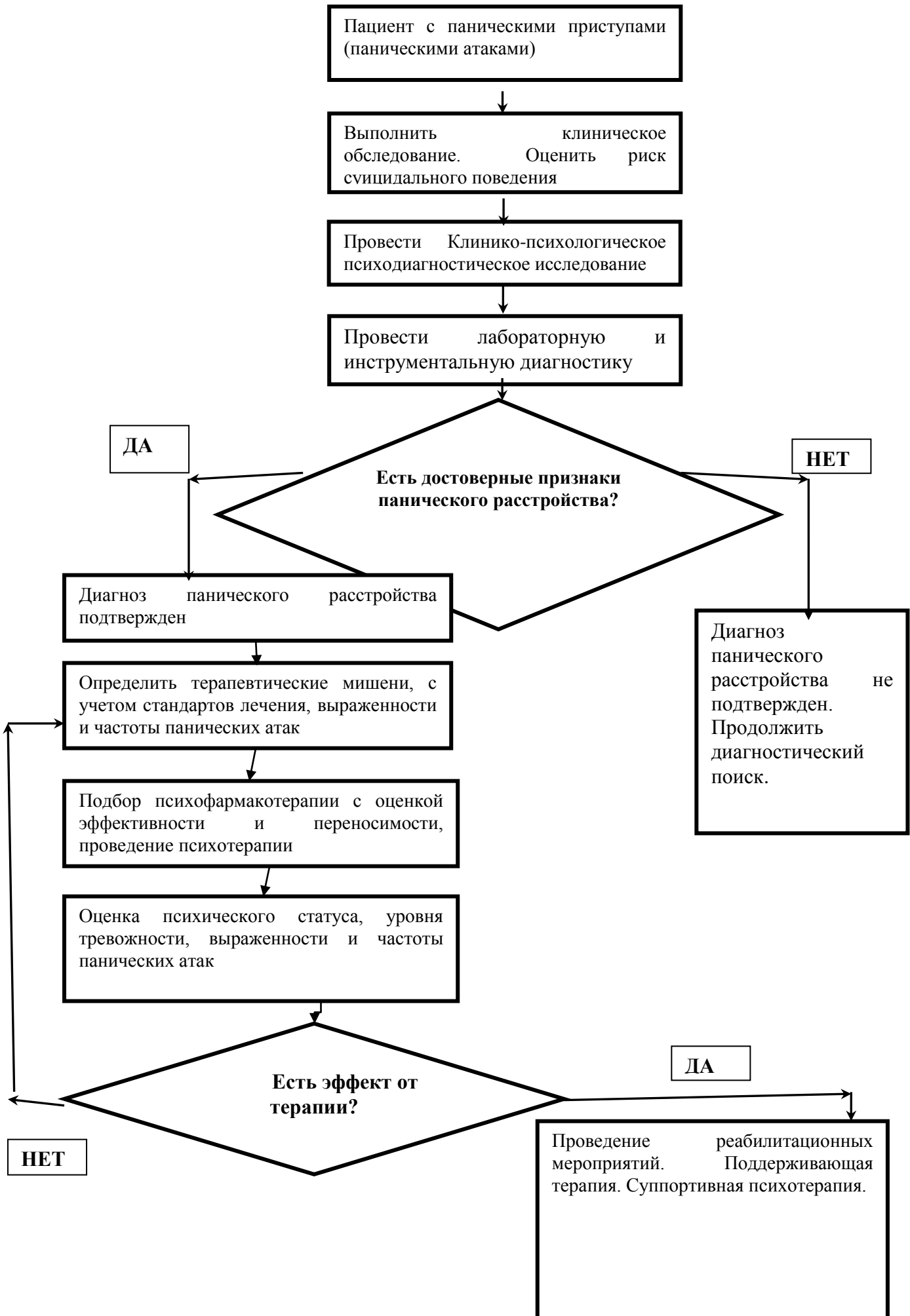
Порядок обновления клинических рекомендаций.

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

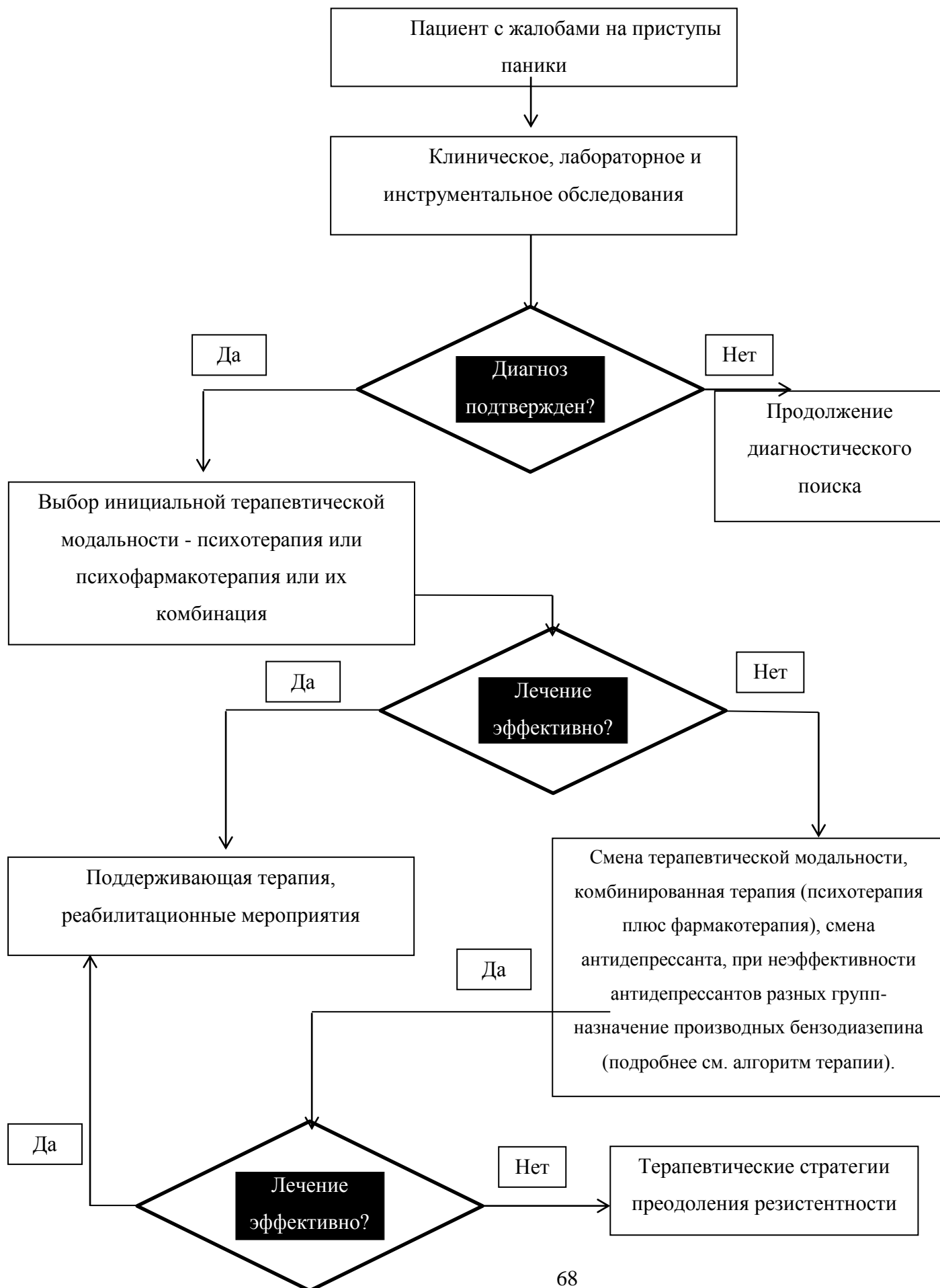
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

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

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



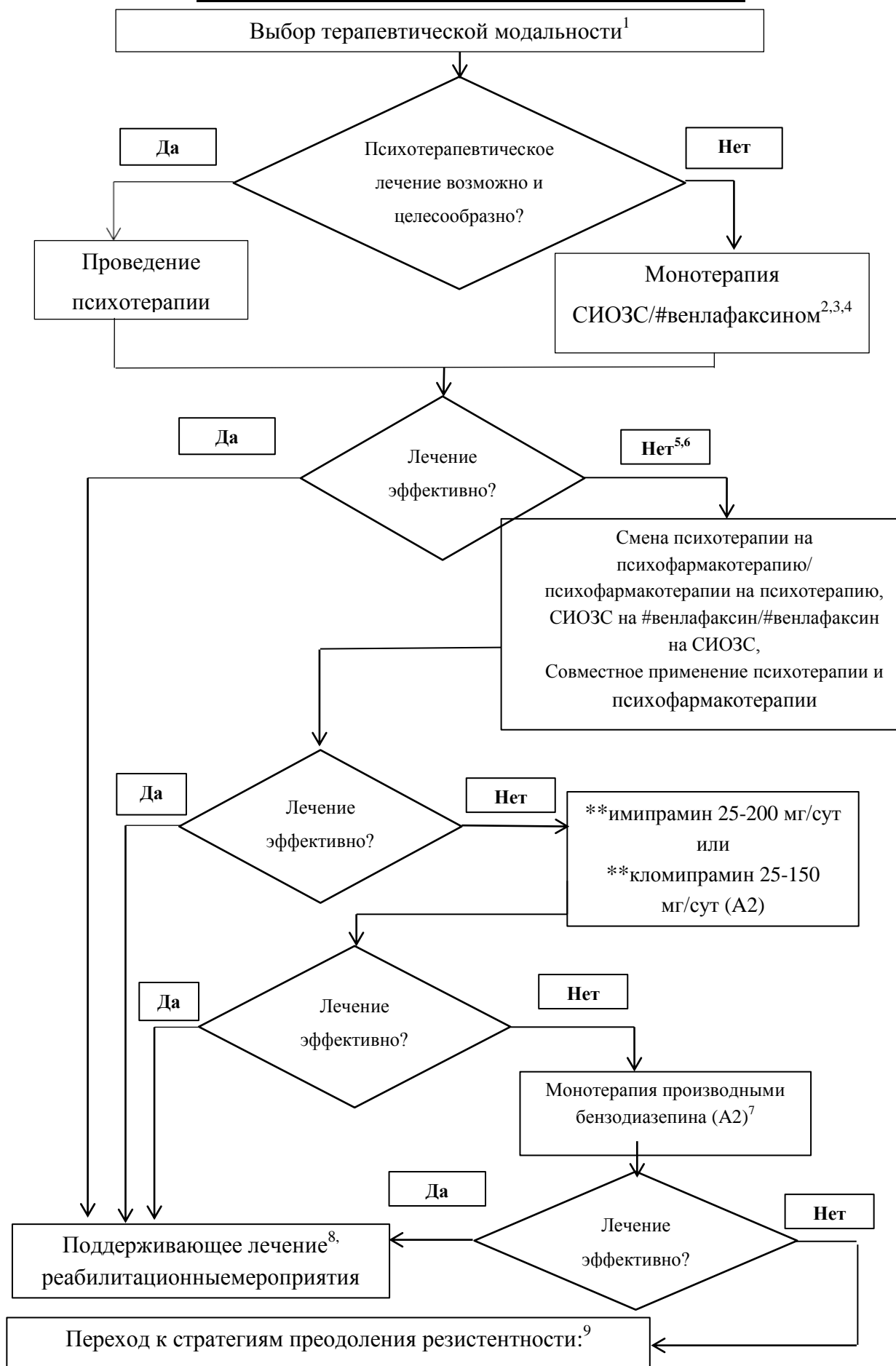
Приложение Б1. Алгоритм ведения пациентов с ПР



Приложение Б2. Алгоритм диагностики ПР



Приложение Б3. Алгоритм терапии пациентов с ПР



*СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

1. В индивидуальных случаях при тяжелом уровне нарушений возможно назначение комбинированной терапии психотерапии+ фармакотерапия.
2. ***Флуоксетин 20-60 мг/сут; **сертралин 50-200 мг/сут; **пароксетин 40-60 мг/сут; #флувоксамин 100-300 мг/сут; циталопрам 20-60 мг/сут; эсциталопрам 10-20 мг/сут; #венлафаксин 75-225 мг/сут.
3. Предпочтительнее начинать терапию с СИОЗС, а не с #венлафаксина.
4. Возможна комбинация с производными бензодиазепаина в первые 2-4 недели лечения.
5. В каждом случае неэффективности психофармакотерапии в первую очередь необходимо удостовериться в соблюдении пациентом режима приема препаратов.
6. В случае частичного ответа на то или иное инициальное лечение, возможно назначение комбинированной терапии: психотерапии+СИОЗС, психотерапии+ алпразолам. Если оставаться в рамках психофармакотерапии, то возможно повышение дозы антидепрессанта до максимальной на 4-6 недель, добавление производных бензодиазепаина на 2-4 недели.
7. Алпразолам 0,75-6 мг/сут; **клоназепам 1-4 мг/сут; **лоразепам 2-7,5 мг/сут; **диазепам 5-10 мг/сут.
8. Для антидепрессантов 6 мес- 12 мес в той же дозировке; для производных бензодиазепаина- не более 6 мес. В случае фармакотерапии в дальнейшем требуется постепенная отмена препарата с контролем симптомов отмены. Для психотерапии-поддерживающие встречи 1 раз в месяц
9. В случае отсутствия ответа на терапию СИОЗС, #венлафаксином, неселективными ингибиторами обратного захвата моноаминов и производными бензодиазепаина, следует провести дополнительную дифференциальную диагностику с другими как психическими (аффективные расстройства, шизотипическое расстройство, шизофрения и др.), так и соматическими (гипертиреоз, ишемическая болезнь сердца, феохромоцитомы и др.) расстройствами. В случае подтверждения диагноза ПР, возможно использование следующих стратегий преодоления резистентности:
 - Назначение антидепрессанта(помимо СИОЗС и #венлафаксина): #миртазапин 15-45 мг/сут; #дулоксетин 60-120 мг/сут; #милнаципран 50-100 мг/сут;
 - Назначение противосудорожных препаратов: #габапентин 600-3600 мг/сут, ***вальпроевая кислота 500-3000 мг/сут;
 - Добавление к антидепрессанту антипсихотических препаратов: ***оланзапин 2,5-20 мг/сут,***рисперидон 0,25-3 мг/сут, #арипипразол 5-30 мг/сут;
 - транскраниальная магнитная стимуляция головного мозга;
 - В случае резистентности к психофармакотерапии, помимо биологических методов лечения, следует рассмотреть возможность комбинации лекарственной терапии и психотерапии .

Приложение В. 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.

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

Приложение Г1. Шкала М. Гамильтона для оценки тревоги

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

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

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

Тип (подчеркнуть):

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

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

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

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

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

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

Содержание (шаблон):

1. Тревожное настроение (озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность).
 0. Отсутствует.
 1. В слабой степени.
 2. В умеренной степени.
 3. В тяжелой степени.
 4. В очень тяжелой степени.
2. Напряжение (ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться).
 0. Отсутствует.
 1. В слабой степени.
 2. В умеренной степени.
 3. В тяжелой степени.
 4. В очень тяжелой степени.
3. Страхи (боязнь темноты, незнакомых людей, животных, транспорта, толпы, страх оставаться одному).
 0. Отсутствует.
 1. В слабой степени.
 2. В умеренной степени.
 3. В тяжелой степени.
 4. В очень тяжелой степени.
4. Инсомния (затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха сон с чувством разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сновидения).
 0. Отсутствует.
 1. В слабой степени.
 2. В умеренной степени.
 3. В тяжелой степени.
 4. В очень тяжелой степени.
5. Интеллектуальные нарушения (затрудненная концентрация внимания, ухудшение памяти).
 0. Отсутствует.
 1. В слабой степени.
 2. В умеренной степени.
 3. В тяжелой степени.
 4. В очень тяжелой степени.
6. Депрессивное настроение (утрата привычных интересов, утрата чувства удовольствия от хобби, подавленность, ранние пробуждения, суточные колебания состояния).
 0. Отсутствует.
 1. В слабой степени.
 2. В умеренной степени.
 3. В тяжелой степени.
 4. В очень тяжелой степени.
7. Соматические симптомы (боли, мышечные подергивания, напряжение, миоклонические судороги, «скрипение» зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус).

0. Отсутствует.
 1. В слабой степени.
 2. В умеренной степени.
 3. В тяжелой степени.
 4. В очень тяжелой степени.
8. Соматические симптомы (сенсорные — звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара или холода, ощущение слабости, ощущение покалывания).
0. Отсутствует.
 1. В слабой степени.
 2. В умеренной степени.
 3. В тяжелой степени.
 4. В очень тяжелой степени.
9. Сердечно-сосудистые симптомы (тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, чувство слабости, частые вздохи, диспноэ).
0. Отсутствует.
 1. В слабой степени.
 2. В умеренной степени.
 3. В тяжелой степени.
 4. В очень тяжелой степени.
10. Респираторные симптомы (чувство давления или сжатия грудной клетки, ощущение удушья, частые вздохи, диспноэ).
0. Отсутствует.
 1. В слабой степени.
 2. В умеренной степени.
 3. В тяжелой степени.
 4. В очень тяжелой степени.
11. 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 баллов – 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, диарея, снижение веса тела, запоры.

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

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

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

Приложение Г2. Опросник Panic Screening Questions (Вопросы о тревоге и панических состояниях)

Название на русском языке: Скрининговый опросник для выявления панических атак

Оригинальное название: Panic Screening Questions

Источник: Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. et al. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study //Jama. – 1999. – Т. 282. – №. 18. – С. 1737-1744.

Тип (подчеркнуть):

- шкала
- индекс
- опросник
- другое (уточнить): _____

Назначение:

Проведение скринингового опроса для выявления наличия панических атак

Содержание (шаблон):

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

а) испытывали ли Вы приступы (атаки) внезапной тревоги, страха или ужаса в течение последних 4 месяцев?

(при ответе "да" продолжайте отвечать на вопросы).

б) были ли у Вас подобные приступы когда-нибудь прежде?

с) возникают ли некоторые из этих приступов неожиданно, вне связи с определенной ситуацией, где бы Вы ощущали беспокойство или дискомфорт?

д) есть ли у Вас боязнь приступа или его последствий?

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

(отвечайте "Да", "Нет")

а) поверхностное, учащенное дыхание

б) сердцебиение, пульсацию, перебои в работе сердца или ощущение его остановки

с) боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки

д) потливость

е) 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 a-d "Да" и на 4 любых вопроса пункта 2 a-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.

Приложение Г3. Опросник выраженности психопатологической симптоматики

Название на русском языке: Опросник выраженности психопатологической симптоматики

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

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

Тип (подчеркнуть):

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

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

Опросник SCL-90-R состоит из 90 пунктов, каждый из которых оценивается по пятибалльной системе ранжирования дистресса от «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 (шаблон):

Инструкция. Ниже приведен перечень проблем и жалоб, иногда возникающих у людей. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Обведите кружком номер

того ответа, который наиболее точно описывает степень вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодняшний день. Обведите только один из номеров в каждом пункте (так, чтобы цифра внутри каждого кружка была видна), не пропуская ни одного пункта. Если вы захотите изменить свой отчет, зачеркните вашу первую пометку.

ФИО _____ Дата _____

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

22.Ощущение, что Вы в западне или пойманы	0	1	2	3	4
23.Неожиданный или беспричинный страх	0	1	2	3	4
24.Вспышки гнева, которые Вы не могли сдержать	0	1	2	3	4
25.Боязнь выйти из дома одному	0	1	2	3	4
26.Чувство, что Вы сами во многом виноваты	0	1	2	3	4
27.Боли в пояснице	0	1	2	3	4
28.Ощущение, что Вам что-то мешает сделать что-либо	0	1	2	3	4
29.Чувство одиночества	0	1	2	3	4
30.Подавленное настроение, хандра	0	1	2	3	4
31.Чрезмерное беспокойство по разным поводам	0	1	2	3	4
32.Отсутствие интереса к чему-либо	0	1	2	3	4
33.Чувство страха	0	1	2	3	4
34.То, что Ваши чувства легко задеть	0	1	2	3	4
35.Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли	0	1	2	3	4
36.Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам	0	1	2	3	4
37.Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь	0	1	2	3	4
38.Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки	0	1	2	3	4
39.Сильное или учащенное сердцебиение	0	1	2	3	4
40.Тошнота или расстройство желудка	0	1	2	3	4
41.Ощущение, что Вы хуже других	0	1	2	3	4
42.Боли в мышцах	0	1	2	3	4
43.Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас	0	1	2	3	4
44.То, что Вам трудно заснуть	0	1	2	3	4
45.Потребность проверять или перепроверять то, что Вы делаете	0	1	2	3	4
46.Трудности в принятии решений	0	1	2	3	4

47.Боязнь езды в автобусах	0	1	2	3	4
48.Затрудненное дыхание	0	1	2	3	4
49.Приступы жара или озноба	0	1	2	3	4
50.Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они Вас пугают	0	1	2	3	4
51.То, что Вы легко теряете мысль	0	1	2	3	4
52.Онемение или покалывание в различных частях тела	0	1	2	3	4
53.Комок в горле	0	1	2	3	4
54.Ощущение, что будущее безнадежно	0	1	2	3	4
55.То, что Вам трудно сосредоточиться	0	1	2	3	4
56.Ощущение слабости в различных частях тела	0	1	2	3	4
57.Ощущение напряженности или взвинченности	0	1	2	3	4
58.Тяжесть в конечностях	0	1	2	3	4
59.Мысли о смерти	0	1	2	3	4
60.Переедание	0	1	2	3	4
61.Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами	0	1	2	3	4
62.То, что у Вас в голове чужие мысли	0	1	2	3	4
63.Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	0	1	2	3	4
64.Бессонница по утрам	0	1	2	3	4
65.Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать	0	1	2	3	4
66.Беспокойный и тревожный сон	0	1	2	3	4
67.Импульсы ломать или крушить что-либо	0	1	2	3	4
68.Наличие у Вас идей или верований, которые не разделяют другие	0	1	2	3	4
69.Чрезмерная застенчивость при общении с другими	0	1	2	3	4
70.Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)	0	1	2	3	4
71.Чувство, что все, чтобы Вы ни делали, требует больших усилий	0	1	2	3	4
72.Приступы ужаса или паники	0	1	2	3	4
73.Чувство неловкости, когда Вы едите или пьете на людях	0	1	2	3	4

74.То, что Вы часто вступаете в спор	0	1	2	3	4
75.Нервозность, когда Вы оставались одни	0	1	2	3	4
76.То, что другие недооценивают Ваши достижения	0	1	2	3	4
77.Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми	0	1	2	3	4
78.Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте	0	1	2	3	4
79.Ощущение собственной никчемности	0	1	2	3	4
80.Ощущение, что с Вами произойдет что-то плохое	0	1	2	3	4
81.То, что Вы кричите или швыряетесь вещами	0	1	2	3	4
82.Боязнь, что Вы упадете в обморок на людях	0	1	2	3	4
83.Ощущение, что люди злоупотребят Вашим доверием, если Вы им позволите	0	1	2	3	4
84.Нервировавшие Вас сексуальные мысли	0	1	2	3	4
85.Мысль о том, что Вы должны быть наказаны за Ваши грехи	0	1	2	3	4
86.Кошмарные мысли или видения	0	1	2	3	4
87.Мысли о том, что с Вашим телом что-то не в порядке	0	1	2	3	4
88.То, что Вы не чувствуете близости ни к кому	0	1	2	3	4
89.Чувство вины	0	1	2	3	4
90.Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное	0	1	2	3	4

Ключ (интерпретация):

Ключ.

	Шкалы	Пункты	Число пунктов
	SOM Соматизация	1412274042484952535658	1 2

	O-C Обсессивность- компульсивность	391028384546515565	1 0
	INT Межличностная тревожность	62134363741616973	9
	DEP Депрессивность	14152022262930313254567179	1 3
	ANX Тревожность	2172333395772788086	1 0
	HOS Враждебность	112463677481	6
	PHOB Фобии	13254750707582	7
	PAR Паранойяльность	81843687683	6
	PSY Психотизм	7163562778485878890	1 0
0	Dopoln. Дополнительные пункты	19445960646689	7

Обработка полученных данных

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

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

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

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

Сводная таблица

Шкалы	Норма		Пациенты	
	Россия	США	Россия	США

				Неврозы до лечения	Неврозы после лечения	Амбулаторная психиатрия	Стационарная психиатрия
	SOM	0,44±0,03	0,36	1,28±0,08	0,70	0,87	0,99
	O-C	0,75±0,04	0,39	1,45±0,08	0,77	1,47	1,45
	INT	0,66±0,03	0,29	1,40±0,10	0,84	1,41	1,32
	DEP	0,62±0,04	0,36	1,56±0,08	0,73	1,79	1,74
	ANX	0,47±0,03	0,30	1,66±0,10	0,78	1,47	1,48
	HOS	0,60±0,04	0,30	1,03±0,07	0,58	1,10	0,94
	PHOB	0,18±0,02	0,13	1,13±0,10	0,74	0,74	0,96
	PAR	0,54±0,04	0,34	0,86±0,08	0,63	1,16	1,26
	PSY	0,30±0,03	0,14	0,82±0,07	0,41	0,94	1,11
0	Dopoln.	0,49±0,03		1,29±0,08	0,62		
1	GSI	0,51±0,02	0,31	1,29±0,06	0,69	1,26	1,30
2	PSI	21,39±2,02		57,04±3,10			
3	PDSI	1,17±0,05		2,15±0,06			

Интерпретация

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

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

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

взаимодействии. Отражает склонность к рефлексии и заниженную самооценку.

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

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

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

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

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

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

Приложение Г4. Интегративный тест тревожности – ИТТ

Название на русском языке: Интегративный тест тревожности – ИТТ

Оригинальное название: Интегративный тест тревожности – ИТТ

Источник: Разработан в лаборатории клинической психологии Института им. В.М. Бехтерева (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., 1997). Бизюк А.П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ) // Методические рекомендации / А.П. Бизюк,

Тип (подчеркнуть):

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

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

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

Содержание (шаблон):

Регистрационный бланк шкалы личностной тревожности (ШКАЛА СТ-Л)

ФИО _____

Возраст _____

Дата обследования _____

Место обследования _____

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

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

	Сырые баллы	Станайны
Общий показатель		

	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
Сырые баллы					
Станайны					

Регистрационный бланк шкалы ситуативной тревожности (ШКАЛА СТ-С)

ФИО _____

Возраст _____

Дата _____ обследования _____ место _____ обследования _____

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

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

	Сырые баллы	Станайны
Общий показатель		

	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
Сырые баллы					
Станайны					

Ключ (интерпретация)

Ключ

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

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

Таблица подсчета показателей по вспомогательным шкалам

	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
	7449 25				
	7349 24				
				1107437	
	8053 27				
				986532	
	73 49 24				
			1117437		
		916130			
			855628		
0					171 11457
1					12986 43
			875829		

2					
3		1228141			
4		875829			
5				926131	

Перевод в станайны показателей вспомогательных шкал для взрослых и юношей

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

Перевод в станайны показателей вспомогательных шкал для девушек

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

Интерпретация

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

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

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

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

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

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

Ханина

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

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

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

Тип (подчеркнуть):

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

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

Содержание (шаблон)

Инструкция

Шкала ситуативной тревожности

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

пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
	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
0	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
1	Я уверен в себе	1	2	3	4
2	Я нервничаю	1	2	3	4
3	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
4	Я взвинчен	1	2	3	4
5	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
6	Я доволен	1	2	3	4
7	Я озабочен	1	2	3	4
8	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
9	Мне радостно	1	2	3	4
0	Мне приятно	1	2	3	4

Инструкция

Шкала личной тревожности

Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете

обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

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

4	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
5	У меня бывает хандра	1	2	3	4
6	Я бываю доволен	1	2	3	4
7	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
8	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
9	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
0	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Ключ (интерпретация):

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

Уровень реактивной тревожности вычисляется по формуле:

$$TP = \sum rp - \sum ro + 50, \text{ где:}$$

TP – показатель реактивной тревожности;

$\sum rp$ – сумма баллов по прямым вопросам (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18);

$\sum ro$ – сумма баллов по обратным вопросам (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20).

Для исчисления уровня личностной тревожности применяется формула:

$$TL = \sum lp - \sum lo + 35, \text{ где:}$$

TL – показатель личностной тревожности;

$\sum lp$ – сумма баллов по прямым вопросам (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40);

$\sum lo$ – 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.

Приложение Г6. Шкала тревоги А. Бека

Название на русском языке: Шкала тревоги А. Бека

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

Источник:

Beck AT, Steer RA (1993). Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio: Harcourt Brace and Company. Тип (подчеркнуть):

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

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

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

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

Содержание (шаблон):

Инструкция

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

Симптом	Совсем не беспокоил 0	Слегка. Не слишком меня беспокоил 1	Умеренно. Это было неприятно, но я мог это переносить 2	Очень сильно. Я с трудом мог это выносить 3
1. Ощущение онемения или покалывания в теле				
2. Ощущение жара в теле				
3. Дрожь в ногах				
4. Неспособность расслабиться				
5. Страх, что произойдет самое плохое				

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

Ключ (интерпретация)

Подсчёт производится простым суммированием баллов по всем пунктам шкалы 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.

Приложение Г7. Шкала самооценки тревоги Д. Шихана

Название на русском языке: Шкала самооценки тревоги Д. Шихана

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

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

Тип (подчеркнуть):

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

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

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

Содержание (шаблон):

Инструкция.

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

В течение последней недели (7 дней), насколько Вас беспокоили следующие жалобы	Нисколько 0	Немного 1	Умеренно 2	Сильно 3	Крайне сильно 4
1. Затруднение на вдохе, нехватка воздуха или учащённое дыхание					
2. Ощущение удушья или комка в горле					
3. Сердце скачет, колотиться, готово выскочить из груди					
4. Загрудинная боль, неприятное чувство сдавления в груди					
5. Профузная потливость (пот градом)					
6. Слабость, приступы дурноты, головокружения					
7. «Ватные», «не свои» ноги					
8. Ощущение неустойчивости или потери равновесия					

9. Тошнота или неприятные ощущения в животе					
10. Ощущение того, что всё окружающее становится странным, нереальным, туманным или отстранённым					
11. Ощущение, что всё плывёт, «нахожусь вне тела»					
12. Покалывание или онемение в разных частях тела					
13. Приливы жара или озноба					
14. Дрожь (тремор)					
15. Страх смерти или того, что сейчас может произойти что-то ужасное					
16. Страх сойти с ума или потери самообладания					
17. Внезапные приступы тревоги, сопровождающиеся тремя или более из вышеперечисленных признаков, возникающие непосредственно перед и при попадании в ситуацию, которая, по Вашему опыту, может вызвать приступ					
18. Внезапные неожиданные приступы тревоги, сопровождающиеся тремя или более из выше перечисленных признаков, возникающие по незначительным поводам или без повода (т.е., когда Вы НЕ находитесь в ситуации, которая, по Вашему опыту, может вызвать приступ)					
19. Внезапные неожиданные приступы, сопровождающиеся только одним или двумя из вышеперечисленных признаков, возникающие по незначительным поводам или без повода (т.е., когда Вы НЕ находитесь в ситуации, которая, по Вашему опыту, может вызвать приступ)					
20. Периоды тревоги, нарастающей по мере того, как Вы готовитесь сделать что-то, что, по Вашему опыту, может вызвать тревогу, причём более сильную, чем ту, что в таких случаях испытывает большинство людей					
21. Избегание пугающих вас ситуаций					
22. Состояние зависимости от других людей					
23. Напряжённость и неспособность расслабиться					
24. Тревога, «нервозность», беспокойство					
25. Приступы повышенной чувствительности к звуку, свету и прикосновению					
26. Приступы поноса					
27. Чрезмерное беспокойство о собственном здоровье					

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

Ключ (интерпретация):

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

0-29 – отсутствие клинически выраженной тревоги,

30-79 – клинически выраженная тревога,

80 и выше – тяжелое тревожное расстройство, паническое расстройство.

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

Приложение Г8. Миннесотский многофакторный личностный опросник (ММПИ)

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

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

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

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

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

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

Приложение Г9. IchStrukturTestnach G.Ammon – методика «Я-структурный тест» Г. Аммона (1978) (ISTA)

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

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

Источник: Ammon G. Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis in der Dynamischen Psychiatrie. — Dynamische Psychiatrie, 1978, Jg. 11, S. 120-140.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Был адаптирован и рестандартизирован в Санкт-Петербургском НИИ им. В.М. Бехтерева. Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей / авт.-сост. Ю.Я. Тупицын, В.В. Бочаров, Т.В. Алхазова и др. — СПб.: Науч.-иссл. психоневр. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1998 - 70с.

Тип (подчеркнуть):

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

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

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

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

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

Оригинальное название: Rotter's Locus of Control Scale – Rotter, Julian B (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of

reinforcement. Psychological Monographs: General and Applied. 80(1): 1–28. doi:10.1037/h0092976; Rotter, J. B. Social learning and clinical psychology. — New York: Prentice-Hall, 1954.

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

Тип (подчеркнуть):

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

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

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

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

Название на русском языке: Опросник для исследования личностных убеждений.

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

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

Тип (подчеркнуть):

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

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

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

Приложение Г12.Lifestyleindex – методика «Индекс жизненного стиля» (LSI)

Название на русском языке: Индекс жизненного стиля.

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

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

Тип (подчеркнуть):

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

Назначение: личностный опросник, разработанный для оценки выраженности 8 основных механизмов психологической защиты (8 шкал, полученных путем процедуры факторного анализа): отрицание, проекция, регрессия, компенсация, вытеснение, замещение, интеллектуализация и реактивные образования. 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.

Приложение Г13. Стратегии совладающего поведения (СПП).

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

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

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Адаптация методики Вассерман Л.И. с соавт., Санкт-Петербургский научно-исследовательский Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, лаборатория клинической психологии. - Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для

личности ситуациями / Пособие для врачей и медицинских психологов. - Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - СПб, 2009. - 40с.

Тип (подчеркнуть):

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

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

Приложение Г14. Мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne decision making questionnaire, – MDMQ

Название на русском языке: Мельбурнский опросник принятия решений.

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

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

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

Тип (подчеркнуть):

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

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

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

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

Приложение Г15.Опросник невротической личности KON-2006

Название на русском языке: Опросник невротической личности KON-2006

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

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

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): адаптация методики - Исурина Г.Л., Тромбчиньски П.К., Санкт-Петербургский государственный университет, факультет психологии Сравнительное исследование: Исурина Г.Л., Грандилевская И.В., Тромбчиньски П.К. Опросник KON-2006» –новый метод

исследования невротических черт личности/ Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 6(47), Galina L. Isurina, Irina V. Grandilevskaya, Piotr K. Trabczynski The experience of using the "NeuroticPersonalityQuestionnaire KON-2006" in Russia Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2019; 1: 74–86., Исурина Г.Л., Грандилевская И.В., Тромбчиньски П.К., Горбунов И.А. Опросник невротической личности KON-20016 Методические рекомендации СПб 2018 - 62с.

Тип (подчеркнуть):

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

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

Опросник включает 243 утверждения, которые образуют 24 шкалы. По каждой шкале подсчитываются сырые баллы, каждый входящий в ключ ответ оценивается 1 баллом. Затем сырые баллы по каждой шкале переводятся в стандартные оценки (стены) с учетом пола. На основании стандартных оценок по каждой шкале высчитывается показатель X-KON, характеризующий общий объем личностных дисфункций невротического регистра. На основании значения показателя X-KON можно оценить суммарную степень выраженности личностных характеристик невротического регистра (объем личностных дисфункций).

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

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

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

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

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

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки

- индекс

- вопросник

- другое (уточнить):

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

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

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

показатель представляет собой простую сумму баллов, полученную при ответах на соответствующие вопросы. Минимальное возможное значение каждого технического показателя составляет 5 баллов, а максимальное - 30 баллов.

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