

Одобрено
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «25» сентября 2026 года
Протокол №261

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1.1. Код(ы) Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) / Международной классификации болезней 11-го пересмотра (далее – МКБ-11):

Код МКБ-10	Наименование заболеваний и состояний	Код МКБ-11	Наименование заболеваний и состояний
F40.0	Агорафобия	6B00	Генерализованное тревожное расстройство
F40.1	Социальные фобии	6B04	Социальное тревожное расстройство
F40.2	Специфические (изолированные) фобии	6B05	Сепарационное тревожное расстройство
F41.0	Паническое расстройство [эпизодическая пароксизмальная тревожность]	6B0Z	Тревожные или связанные со страхом расстройства, неуточненные
F41.1	Генерализованное тревожное расстройство.		
F41.2	Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	6A73	Смешанное депрессивное и тревожное расстройство
F06.4	Органическое тревожное расстройство	6E63	Вторичный тревожный синдром (Органическое тревожное расстройство)
		JB0D.0	Тревожное расстройство матери во время родов или родоразрешения
		6E20/6A73	Психические и поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами или послеродовым периодом, без психотических симптомов [Смешанное депрессивное и

			тревожное расстройство]
--	--	--	-------------------------

1.2. Дата разработки и пересмотра клинического протокола: разработка 2015, пересмотр 2026 год.

1.3. Сокращения, используемые в клиническом протоколе:

DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder-7
HADS-A	Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety subscale
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
ВВК	военно-врачебная комиссия
В/м	внутримышечно
В/в	внутривенно
КТ	компьютерная томография
ЛС	лекарственные средства
МНН	международное непатентованное наименование
МРТ	магнитно-резонансная томография
МСЭК	медико-социальная экспертная комиссия
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
ОКР	обсессивно-компульсивное расстройство
СИОЗС	селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СИОЗСН	селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
СПЭК	судебно-психиатрическая экспертная комиссия
Т4	тироксин
ТТГ	тиреотропный гормон
УД	уровень доказательности
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЭКГ	электрокардиограмма
ЭЭГ	электроэнцефалограмма

1.4. Пользователи клинического протокола: врачи-психиатры (психиатры, наркологи, психотерапевты), врачи общей практики, терапевты.

1.5. Категория пациентов: взрослые.

1.6. Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор рандомизированное контролируемое испытание (РКИ) или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
---	--

В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественных (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
Д	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

1.7. Термины и определения ^[1,2]

Тревожные расстройства – это группа психических расстройств, характеризующихся чрезмерным, стойким чувством тревоги, страха и напряжения, которые не соответствуют реальной угрозе и сопровождаются поведенческими и соматическими симптомами, приводящими к ухудшению состояния и качества жизни пациента.

1.8. Классификация заболевания: ^[3]

Классификация по DSM-5

Собственно тревожные расстройства

- генерализованное тревожное расстройство
- паническое расстройство
- агорафобия
- социальное тревожное расстройство
- специфические фобии
- тревожное расстройство, вызванное веществами/медикаментами
- тревожное расстройство вследствие другого заболевания

Другие категории:

- обсессивно-компульсивное расстройство
- ПТСР и расстройства, связанные со стрессом
- сепарационное тревожное расстройство
- селективный мутизм

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ:

2.1. Диагностические критерии: ^[3]

1) жалобы и анамнез:

Жалобы:

Психические симптомы: чувство тревоги, внутреннего напряжения, беспокойства, ощущение надвигающейся опасности («предчувствие беды»), раздражительность, трудности концентрации внимания, нарушения сна (трудности засыпания,

поверхностный сон).

Панические симптомы (при панических атаках): внезапные приступы интенсивного страха, страх смерти или потери ясности разума, ощущение потери контроля.

Соматовегетативные проявления: чувство сердцебиения (тахикардия), одышка, чувство нехватки воздуха, потливость, тремор, головокружение, чувство неустойчивости, тошнота, дискомфорт в животе, парестезии, чувство «кома в горле».

Анамнез: ^[4-5]

Анамнез настоящего заболевания: время появления симптомов (острое/постепенное начало), длительность и частота тревожных эпизодов, наличие провоцирующих факторов: стресс, травмирующие события, соматические заболевания, динамика симптомов (прогрессирование, волнообразность), наличие панических атак, избегающее поведение (избегание мест/ситуаций), влияние на повседневное функционирование.

Психиатрический анамнез: ранее диагностированные тревожные или депрессивные расстройства, суицидальные мысли/попытки.

Соматический анамнез: уточнить наличие в анамнезе заболеваний щитовидной железы и/или других эндокринных нарушений, сердечно-сосудистые заболевания, неврологические заболевания, другие хронические заболевания.

Лекарственный и токсикологический анамнез: уточнить у пациента приём следующих лекарственных средств психостимуляторов, глюкокортикостероидов, тиреоидных препаратов, употребление: кофеина (высокие дозы), алкоголя, психоактивных веществ.

Семейный анамнез: тревожные расстройства, депрессия, злоупотребление ПАВ у близких родственников в анамнезе. ^[6]

Социальный анамнез: уровень стресса (работа, семья), условия жизни, наличие психотравмирующих факторов ^[7]

2) физикальное обследование: ^[8]

Оценка общего состояния: определение уровня сознания и ориентировки в пространстве, оценка внешнего вида (ухоженность, признаки истощения/гиперметаболизма), поведение (двигательное беспокойство, агитация, избегание контакта), оценка речи (ускоренная, напряжённая).

Оценка жизненных показателей: определение АД, ЧСС, ЧД, температура тела. Изменения со стороны АД, ЧСС являются признаками соматических заболеваний (тиреотоксикоз, аритмии, стресс-реакция).

Осмотр щитовидной железы: пальпация, физикальные симптомы: тремор рук, экзофтальм, похудение, потливость.

Неврологический статус: оценка черепно-мозговых нервов, мышечного тонуса, силы, координации, рефлексов, наличие очаговой симптоматики с целью дифференциальной диагностики с соматическими заболеваниями, которые могут протекать с клиникой тревожности.

3) Лабораторные и инструментальные исследования

Лабораторные исследования: ^[2, 4-5]

Основные лабораторные исследования: нет.

Дополнительные лабораторные исследования:

- ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (глюкоза, креатинин, АЛТ, АСТ, электролиты (Na, K)) – с целью мониторинга побочных реакций медикаментозной терапии; УД-С

Инструментальные исследования: [2, 4-5]**Основные инструментальные исследования:**

ЭКГ – при наличии тахикардии, панических атак, болей в груди для исключения соматических заболеваний; УД-С

Дополнительные инструментальные исследования:

- Холтеровское мониторирование ЭКГ - при наличии тахикардии, панических атак, болей в груди для исключения соматических заболеваний; УД-С
- ЭЭГ - при подозрении на эпилепсию; УД-С
- КТ/МРТ головного мозга - при очаговой неврологии, «красных флагах»; УД-С
- УЗИ - щитовидной железы; УД-С
- Рентген/КТ органов грудной клетки - одышка неясной природы; УД-С

Экспериментально-психологическое обследование: [9]

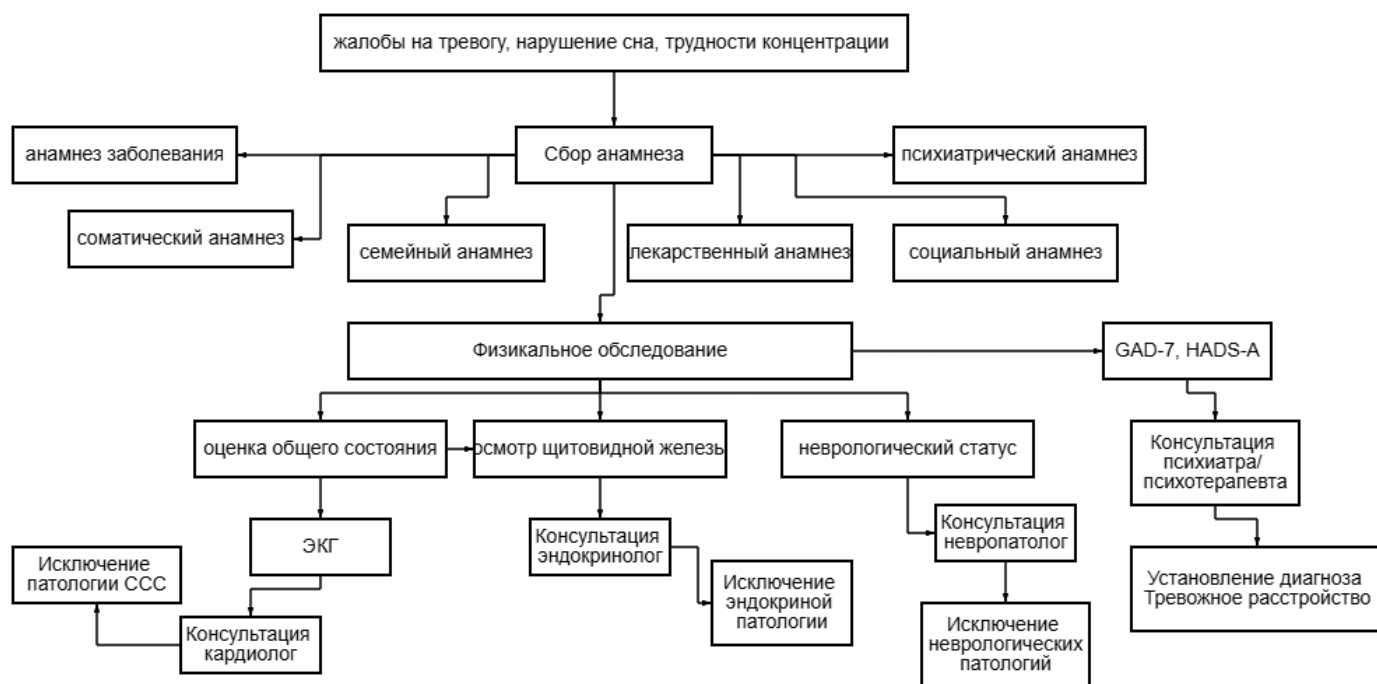
Опросник генерализованного тревожного расстройства из 7 пунктов GAD-7 см. Приложение 1.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS-A см. Приложение 2. [10]

4) консультация профильного специалиста с описанием показаний и цели консультации:

- консультация терапевта– с целью исключения соматических заболеваний;
- консультация врача-невролога – с целью исключения текущих неврологических расстройств;
- Консультация кардиолога – с целью исключения патологий со стороны сердечно-сосудистой системы;
- Консультация эндокринолога – с целью исключения патологий со стороны щитовидной железы;
- Консультации иных узких специалистов – при наличии сопутствующих соматических заболеваний и/или патологических состояний, для подбора терапии.

2.2. Алгоритм диагностики:



2.3. Дифференциальный диагноз:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследование	Критерии исключения диагноза
Депрессивное расстройство	Тревога часто сочетается с депрессией; при депрессии ведущие - сниженное настроение, ангедония, утрата энергии	Психиатрическое интервью; шкалы (HADS-A, PHQ-9); оценка суицидального риска	Отсутствие стойкого снижения настроения ≥ 2 недель; тревога первична, нет ангедонии
Гипертиреоз / тиреотоксикоз	Соматическая «тревога»: тахикардия, тремор, потливость, похудение, раздражительность	ТТГ, свободный Т4; УЗИ щитовидной железы; консультация эндокринолога	Нормальные гормоны щитовидной железы; отсутствие соматических признаков тиреотоксикоза
Соматическая патология (ИБС, аритмии)	Панические атаки имитируют кардиологию (боль в груди, одышка, страх смерти)	ЭКГ, Холтер; тропонины (по показаниям); консультация кардиолога	Отсутствие органической патологии сердца; типичные панические атаки с быстрым началом и купированием

III. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ:

3.1. Немедикаментозное лечение: [5, 11, 17-19]

Когнитивно-поведенческая терапия с целью выявления и коррекции дисфункциональных мыслей, изменения поведенческих паттернов (избегание, гиперконтроль) [17-19].

Прикладная релаксация с целью обучения контролю мышечного напряжения, использование техники при нарастании тревоги;

Психообразование с целью объяснения природы тревоги, обучение пациента распознаванию симптомов и формирование навыков саморегуляции

Групповые занятия (сообщества/ группы поддержки)

Модификация образа жизни (смена обстановки, регулярные физические нагрузки, режим сна, отказ от употребления средств триггеров: кофе, алкоголь, никотин)

Экспозиционные техники - постепенное столкновение со страхом с целью уменьшения избегания [5, 11].

3.2. Медикаментозное лечение [4-15]

Медикаментозное лечение показано только при неэффективности немедикаментозных методов лечения и/или при среднетяжелом течении тревожного расстройства. Терапия проводится длительно, в среднем курс занимает от 6 до 12 мес.

Препаратами выбора являются СИОЗС, при их неэффективности возможно применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина.

NB! Бензодиазепины, антипсихотики, седативные средства связаны с менее благоприятным исходом в долгосрочной перспективе и не должны назначаться для лечения лиц с паническим расстройством на амбулаторном этапе. Их применение возможно только при наличии сопутствующих психотических патологий, и только в условиях стационара коротким курсом.

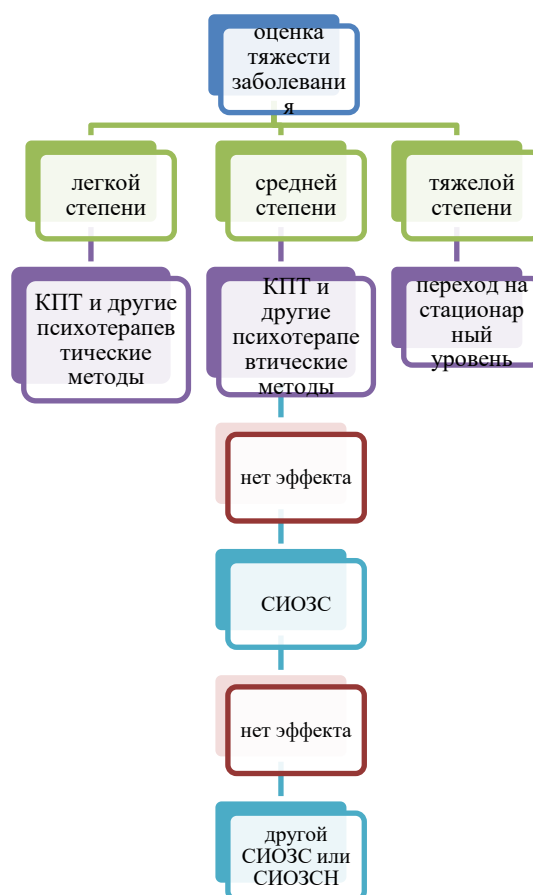
Основные лекарственные средства: нет.

Дополнительные лекарственные средства:

Фармакотерапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	Сертралин	Начальная доза: 25мг 1 раз в сутки перорально, увеличение дозы постепенное (минимум 7 дней) до максимальной суточной дозы 200 мг при необходимости.	В [4, 11-14]
	Флувоксамин	Начальная доза: 25–50 мг/сут перорально (вечером) Титрация: на 50 мг каждые 4–7 дней Поддерживающая дозировка: 100–200 мг/сут (в 1–2 приёма) перорально Максимальная доза: 300 мг/сут перорально	В [11, 12, 15]
	Флуоксетин	20 мг 1раз в сутки перорально, в первой половине дня	В [4, 11, 13]

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина	Дулоксетин	Начальная доза: 30 мг/сут перорально Терапевтическая доза: 60 мг/сут перорально Максимальная доза: 120 мг/сут перорально	В [4, 11, 13]
	Венлафаксин	Начальная доза: 37,5–75 мг/сут перорально Титрация: каждые 1–2 недели Поддерживающая доза: 75–225 мг/сут перорально Максимальная доза: 225–300 мг/сут перорально NB! Требуется контроль АД при повышении доз	В [4, 5, 11, 13]

Алгоритм лечения:



3.3. Хирургическое лечение: нет.

IV. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1. Показания для плановой госпитализации:

- выраженная тревожная симптоматика, приводящая к значительному снижению социального и профессионального функционирования
- необходимость подбора или коррекции терапии в стационарных условиях
- наличие коморбидных психических расстройств (депрессия, ОКР и др.), требующих наблюдения
- частые панические атаки с выраженным избегающим поведением (агорафобия)
- решение экспертных вопросов (МСЭК, ВВК, СПЭК).

4.2. Показания для экстренной госпитализации:

- выраженная тревога с дезорганизацией поведения
- панические атаки с тяжёлой соматической симптоматикой, не купирующиеся амбулаторно
- высокий суицидальный риск:
- выраженное психомоторное возбуждение или ажитация
- тяжёлые нарушения сна (полная инсомния с истощением)
- подозрение на органическую или соматическую патологию, требующую срочного исключения (например: острые кардиологические, эндокринные, неврологические состояния) в соматический стационар.

V. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ:

5.1. Немедикаментозное лечение: [5, 11, 17-19]

Когнитивно-поведенческая терапия с целью выявления и коррекции дисфункциональных мыслей, изменения поведенческих паттернов (избегание, гиперконтроль). [17-19]

Прикладная релаксация с целью обучения контролю мышечного напряжения, использование техники при нарастании тревоги;

Психообразование с целью объяснения природы тревоги, обучение пациента распознаванию симптомов и формирование навыков саморегуляции.

Групповые занятия (сообщества/ группы поддержки).

Модификация образа жизни (смена обстановки, регулярные физические нагрузки, режим сна, отказ от употребления средств триггеров: кофе, алкоголь, никотин).

Экспозиционные техники - постепенное столкновение со страхом с целью уменьшения избегания. [5, 11]

5.2. Медикаментозное лечение: [11-16, 20-22]

В стационарных условиях проводится подбор и коррекция терапии, включая комбинированное лечение, а также лечение коморбидных состояний.

Медикаментозная терапия тревожных расстройств включает назначение антидепрессантов (СИОЗС, СИОЗСН) в качестве препаратов первой линии. [15-16]

Бензодиазепины могут применяться краткосрочно (3-5 дней) при выраженной ажитации, тяжёлых панических атаках. [15]

Антипсихотики также могут назначаться коротким курсом при выраженной ажитации, или как часть комбинированной терапии при фармакорезистентной тревоге. [15, 20]

При выраженной инсомнии возможно применение снотворных средств, коротким курсом из-за риска развития зависимости. [20-22]

Основные лекарственные средства:

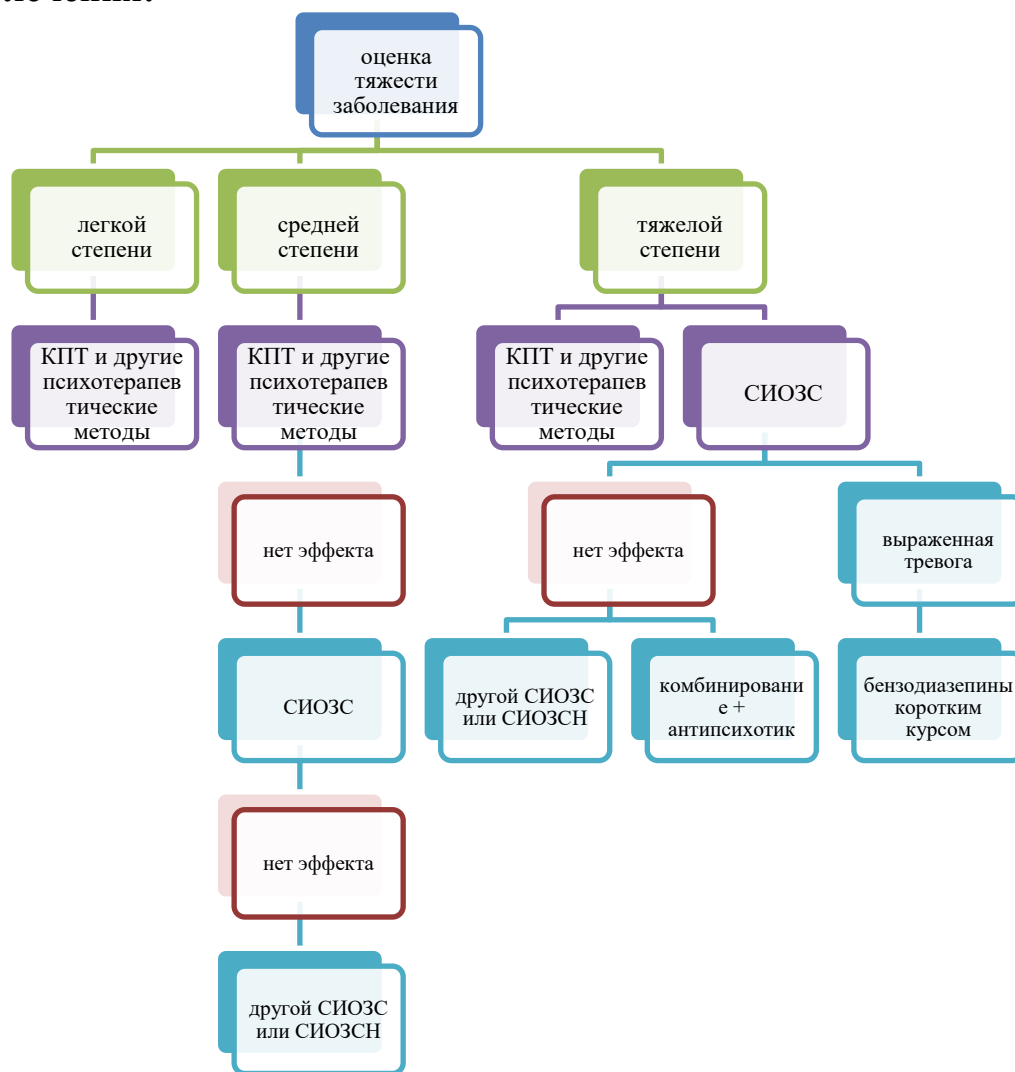
Фармакотерапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	Сертралин	Начальная доза: 25мг 1 раз в сутки перорально, увеличение дозы постепенное (минимум 7 дней) до максимальной суточной дозы 200 мг при необходимости.	В [4, 11-14]

	Флувоксамин	Начальная доза: 25–50 мг/сут перорально (вечером) Титрация: на 50 мг каждые 4–7 дней Поддерживающая дозировка: 100–200 мг/сут (в 1–2 приёма) перорально Максимальная доза: 300 мг/сут перорально	В [11, 12, 15]
	Флуоксетин	20 мг 1 раз в сутки перорально, в первой половине дня	В [4, 11, 13]
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина	Дулоксетин	Начальная доза: 30 мг/сут перорально Терапевтическая доза: 60 мг/сут перорально Максимальная доза: 120 мг/сут перорально	В [4, 11, 13]
	Венлафаксин	Начальная доза: 37,5–75 мг/сут перорально Титрация: каждые 1–2 недели Поддерживающая доза: 75–225 мг/сут перорально Максимальная доза: 225–300 мг/сут перорально NB! Требуется контроль АД при повышении доз	В [4, 5, 11, 13]

Дополнительные лекарственные средства:

Фармакотерапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
Антипсихотики	Клозапин	Начальная доза: перорально 12,5 мг один или два раза в первый день, затем 25 мг один или два раза во второй день. При хорошей переносимости суточную дозу можно постепенно увеличивать с шагом 25-50 мг, чтобы достичь уровня дозы до 300 мг/сутки в течение 2-3 недель. Максимальная доза: перорально 450 мг/сут	С [4, 5, 11, 13]
Бензодиазепины	Диазепам	Начальная доза: 0,1-0,2 мг на кг массы тела внутривенно. Поддерживающая доза: от 5 до 30 мг в сутки 1-2 раза в сутки перорально. NB! Вводить внутривенно медленно, предпочтительно в крупную вену.	В [4, 5, 11, 13]
	Алпразолам	Начальная доза: перорально от 0,25 до 0,5 мг 3 раза в день, при необходимости дозу можно увеличить до 3 мг в сутки. Максимальная суточная доза – 3 мг	С [4, 5, 11, 13]
Снотворные и седативные средства	Зопиклон	Начальная доза: 3,75–7,5 мг перорально на ночь. NB! Коротким курсом (≤2 недель)	С [20-22]

Алгоритм лечения:



5.3. Хирургическое лечение: нет.

5.4. Дальнейшее ведение: осуществляется согласно группам динамического наблюдения в соответствии с Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-203/2020 «О некоторых вопросах оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья».

5.5. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, рекомендованных в клиническом протоколе основных показателей с указанием критериев эффективности:

- Общий балл по шкале депрессии Гамильтона не более 9.
- Общий балл по шкале тревоги Гамильтона не более 18.
- Настроенность больного и/или его семьи на продолжение медикаментозного и немедикаментозного лечения на амбулаторном этапе.
- Отсутствие негативной реакции на необходимость приема психотропных средств.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА:

6.1. Наименование организации разработчика:

- 1) РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».
- 2) НАО «Медицинский университет Семей».
- 3) АО «Caspian University».
- 4) КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» Управление общественного здравоохранения города Алматы.

6.2. Пофамильный список разработчиков клинического протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Садвакасова Гульмира Амиргалиевна – врач психиатр высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук, РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».
- 2) Абетова Айгулим Абдурасуловна – кандидат медицинских наук, руководитель отдела менеджмента и образования РГП на ПХВ «Республиканский научно – практический центр психического здоровья», врач психиатр высшей квалификационной категории, врач психиатр.
- 3) Прилуцкая Мария Валерьевна – врач психиатр высшей квалификационной категории, PhD, ассоциированный профессор кафедры персонализированной медицины, НАО «Медицинский университет Семей».
- 4) Черченко Надежда Николаевна – врач психиатр (нарколог), PhD, отдел научного менеджмента и образования РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».
- 5) Сексенова Жания Хамитовна – врач психиатр (нарколог), информационно-анализический и мониторинговый центр РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».
- 6) Сулейменова Айгуль Агабековна – заведующая женским отделением РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», врач психиатр высшей квалификационной категории, врач психиатр.
- 7) Измаилова Найля Тохтаровна – доктор медицинских наук, академический профессор АО «Caspian University».
- 8) Есимов Наби Болатович – PhD, MBA, врач высшей квалификационной категории, заместитель директора по качеству оказываемых услуг КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» Управление общественного здравоохранения города Алматы, главный внештатный психиатр Управление общественного здравоохранения города Алматы, вице-президент РОО «Ассоциация специалистов, работающих в сфере психического здоровья».
- 9) Тлеубаева Шайзат Мухаметкаировна – врач психиатр высшей квалификационной категории, РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».
- 10) Бихерт Мария Евгеньевна – врач клинический фармаколог, РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».

6.3. Информация о наличии/отсутствия конфликта интересов: нет.

6.4. Данные рецензентов:

Ешимбетова Саида Закировна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский

университет».

Павленко Валерий Петрович – доктор медицинских наук, доцент по курсу психиатрии и наркологии НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марат Оспанова».

6.5. Указание условий пересмотра клинического протокола:

- 1) пересмотр не реже 1 раза в 5 лет и не чаще 1 раза в 3 года при наличии новых методов диагностики и лечения с уровнем доказательности;
- 2) включение/исключение лекарственных средств в соответствии с рекомендациями Формулярной комиссии.

6.6.Список использованной литературы:

1. World Health Organization. Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders (CDDR). Geneva: WHO; 2024. <https://www.who.int/westernpacific/publications/i/item/9789240077263>
2. BMJ best practice «Generalised anxiety disorder» last updated: 18 Feb 2026 <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/120>
3. American Psychiatric Association . Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2022. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
4. Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, Liu Y, Cheng Z, Freemantle N. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2019;393(10173):768–777. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7801836/>
5. National Institute for Health and Care Excellence. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (CG113). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/Recommendations>
6. Hsu, T. W., Tsai, S. J., Cheng, C. M., Bai, Y. M., Su, T. P., Chen, T. J., ... Liang, C. S. (2026). Familial coaggregation of major psychiatric disorders and neurodevelopmental disorders among first-degree relatives of individuals with panic disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 27(1), 70–81. <https://doi.org/10.1080/15622975.2025.2580351>
7. Matsuyama, S., Otsubo, T., Nomoto, K., Misago, R., & Higa, S. (2025). Prevalence, Diagnosis, and Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Working Individuals: A Cross-Sectional Study Using Health Claims and Survey Data in Japan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 21, 1371–1385. <https://doi.org/10.2147/NDT.S513964>
8. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. S3 Guideline: Diagnostics, Therapy and Rehabilitation for Patients with Severe Impairment of Personality Functioning. 2025. https://register.awmf.org/assets/guidelines/134_Psychoanalyse-Psychotherapie-Tiefenpsychologie/134-001em_S3_Diagnostik-Therapie-Rehabilitation-PatientInnen-schwere-Beeinträchtigung-Persoenlichkeitsfunktionen-LL-SBPF_2025-02.pdf
9. University of Washington. GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) screening tool. <https://www.hiv.uw.edu/page/mental-health-screening/gad-7>
10. Fomenko A, Dümmler D, Aktürk Z, Eck S, Teusen C, Karapetyan S, Dawson S, Löwe B, Hapfelmeier A, Linde K, Schneider A. Hospital Anxiety and Depression Scale Anxiety subscale (HADS-A) for detecting anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2025, Issue 7. Art. No.: CD015456. DOI: 10.1002/14651858.CD015456.

11. Bandelow, B., Allgulander, C., Baldwin, D. S., Costa, D. L. da C., Denys, D., Dilbaz, N., ... Zohar, J. (2023). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders – Version 3. Part I: Anxiety disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 24(2), 79–117. <https://doi.org/10.1080/15622975.2022.2086295>
12. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. <https://www.who.int/ru/publications/i/item/B09329>
13. Fagan, H. A., & Baldwin, D. S. (2023). Pharmacological Treatment of Generalised Anxiety Disorder: Current Practice and Future Directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 23(6), 535–548. <https://doi.org/10.1080/14737175.2023.2211767>
14. Andreoli, G., Kasch, C., Lindsay, C. E., & Hofmann, S. G. (2026). Pharmacological strategies for treating social anxiety disorder in adults: a systematic review of studies published since 2015. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 26(2), 185–196. <https://doi.org/10.1080/14737175.2025.2604303>
15. Melaragno AJ. Pharmacotherapy for Anxiety Disorders: From First-Line Options to Treatment Resistance (2021) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34690578/>
16. Stein D.J. Evidence-Based Pharmacotherapy of Generalised Anxiety Disorder: Focus on Agomelatine (2021) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34417992/>
17. Newman M.G. et al. Psychotherapeutic treatments for generalized anxiety disorder (2022) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36107159/>
18. Papola D. et al. Psychotherapies for Generalized Anxiety Disorder in Adults: Systematic Review and Network Meta-Analysis (2024) <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2810866>
19. Sun L. et al. Psychotherapies for social anxiety disorder in adults: systematic review and Bayesian network meta-analysis (2025) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40023260/>
20. Yan J, Yang M, Li MK, Huang Y, Tan Y, Shi J, Fan Q, Zhu Z, Guan Y, Cui L. Treatment of insomnia in myasthenia gravis-A prospective study on non-benzodiazepine hypnotics in the treatment of myasthenia gravis patients with insomnia. *Front Neurol*. 2023 Sep 22;14:1266862. doi: 10.3389/fneur.2023.1266862. PMID: 37808499; PMCID: PMC10557457. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37808499/>
21. Salih M, Osman RM, Alim W, Khalid L, Sosal W, Ibrahim D, Mahgoub Y. Agitated Depression Associated With Flurazepam Discontinuation. *Case Rep Psychiatry*. 2024 Sep 20;2024:8845349. doi: 10.1155/2024/8845349. PMID: 39345783; PMCID: PMC11436266. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39345783/>
22. Krüger T., Becker E-M., Kostev K. Prescription of Silexan Is Associated with Less Frequent General Practitioner Repeat Consultations Due to Disturbed Sleep Compared to Benzodiazepine Receptor Agonists: A Retrospective Database Analysis. *Healthcare (MDPI)*, 2023, 11(1):77. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36611537/>

Опросник генерализованного тревожного расстройства из 7 пунктов (GAD-7)

Как часто за последние две недели вас беспокоили следующие проблемы?	Ни разу	Несколько раз	В большинстве дней	Почти каждый день
Чувство нервозности, тревоги или напряжения	0	+1	+2	+3
Неспособность прекратить или контролировать беспокойство	0	+1	+2	+3
Слишком много беспокоюсь о разных вещах	0	+1	+2	+3
Проблемы с расслаблением	0	+1	+2	+3
Настолько беспокойны, что трудно усидеть на месте	0	+1	+2	+3
Чувствую себя легко раздражающимся или вспыльчивым	0	+1	+2	+3
Испытываю страх, будто может произойти что-то ужасное.	0	+1	+2	+3

Интерпретация:

Следующие пороговые значения коррелируют с уровнем выраженности тревожности:

- Оценка 0-4: Минимальный уровень тревожности
- Оценка 5-9: Легкая тревожность
- Оценка 10-14: Умеренная тревожность
- Оценка выше 15: сильная тревожность

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)	Часть II(оценка уровня ДЕПРЕССИИ)
<p>1. Я испытываю напряжение, мне не по себе 3 - все время 2 - часто 1 - время от времени, иногда 0 - совсем не испытываю</p>	<p>1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство 0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - это совсем не так</p>
<p>2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться 3 - определенно это так, и страх очень велик 2 - да, это так, но страх не очень велик 1 - иногда, но это меня не беспокоит 0 - совсем не испытываю</p>	<p>2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное 0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - совсем не способен</p>
<p>3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове 3 - постоянно 2 - большую часть времени 1 - время от времени и не так часто 0 - только иногда</p>	<p>3. Я испытываю бодрость 3 - совсем не испытываю 2 - очень редко 1 - иногда 0 - практически все время</p>
<p>4. Я легко могу присесть и расслабиться 0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь изредка, это так 3 - совсем не могу</p>	<p>4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно 3 - практически все время 2 - часто 1 - иногда 0 - совсем нет</p>
<p>5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь 0 - совсем не испытываю 1 - иногда 2 - часто 3 - очень часто</p>	<p>5. Я не слежу за своей внешностью 3 - определенно, это так 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени 0 - я слежу за собой так же, как и раньше</p>
<p>6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться 3 - определенно, это так 2 - наверно, это так 1 - лишь в некоторой степени, это так 0 - совсем не испытываю</p>	<p>6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения 0 - точно так же, как и обычно 1 - да, но не в той степени, как раньше 2 - значительно меньше, чем обычно 3 - совсем так не считаю</p>
<p>7. У меня бывает внезапное чувство паники 3 - очень часто 2 - довольно часто 1 - не так уж часто 0 - совсем не бывает</p>	<p>7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы 0 - часто 1 - иногда 2 - редко 3 - очень редко</p>
Количество баллов здесь _____	Количество баллов здесь _____

0-7 баллов «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)

8-10 баллов «субклинически выраженная тревога / депрессия»

11 баллов и выше «клинически выраженная тревога / депрессия»