

Наименование организации	МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеймона» (ОБУЗ «ККПБ»)		
Название СОП	Тактика ведения больных с диагнозом ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО		
СОП утвержден			
Разработчики	Должность	ФИО	Подпись
Согласован			
Следующий пересмотр	Версия		
<p align="center">Нормативная документация</p> <p>Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p> <p>«Генерализованное тревожное расстройство: клиническая рекомендация» (разработано Российским обществом психиатров, одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ, уникальный идентификатор (ID): 457).</p> <p>Приказ Минздрава России от 20.12.2012 №1225н «Об утверждении стандарта первичной медико-социальной помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, генерализованном тревожном расстройстве в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)».</p> <p>Приказ Минздрава России от 20.12.2012 №1229н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, генерализованном тревожном расстройстве».</p>			

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ		
Генерализованная тревога:		
1. длится не менее 6 месяцев;		
2. захватывает различные стороны жизни пациента, обстоятельства и виды деятельности;		
3. направлена преимущественно на предстоящие события;		
4. не поддается контролю, ее невозможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями;		
5. несоразмерна актуальной жизненной ситуации пациента;		
6. нередко сопровождается переживаниями чувства вины;		
ТРИ ХАРАКТЕРНЫХ ГРУППЫ СИМПТОМОВ ГТР		
1. Беспокойство и опасения, которые пациенту трудно контролировать и которые длятся дольше, чем обычно. Это беспокойство генерализовано диффузно и не фокусируется на специфических проблемах, таких как возможность приступа паники (как при паническом расстройстве), оказаться в затруднительном положении (как при социальной фобии) или загрязненным (при обсессивно-компульсивном расстройстве).		
2. Мышечное напряжение, которое может выражаться в треморе, неспособности расслабиться, повышенном мышечном тонусе (и быть причиной болей различной локализации), головной боли (обычно билатеральной и часто в лобной и затылочной областях), ноющих мышечных болях, ригидности мышц, особенно мышц спины и плечевой области.		
3. Гиперактивность вегетативной нервной системы, которая выражается повышенным потоотделением, тахикардией, сухостью во рту, дискомфортом в эпигастрии и головокружением и другими симптомами вегетативного возбуждения.		
ХАРАКТЕРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ГТР		
Психопатологические проявления	первичная тревога, проявляющаяся в виде: постоянной напряженности опасений, настороженности (гипервигилитета), тревожных руминаций (ожидания «плохого»), нервозности, неадекватного беспокойства озабоченности по разным причинам (например, по поводу возможных опозданий, качества выполненной работы, соматического недомогания, боязнь несчастного случая или болезни, безопасности детей, финансовых проблем и т.д.), чувство головокружения, неустойчивости или обморочности, чувство, что предметы нереальны (дереализация), или, что собственное «Я» отделилось, или «по-настоящему находится не здесь», страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти, страх умереть, усиленные проявления на неожиданности или на испуг, затруднение сосредоточения внимания или «пустота» в голове из-за беспокойства, постоянная раздражительность.	
Вегетативные симптомы:	желудочно-кишечные	<ul style="list-style-type: none"> • сухость во рту, • затруднение при глотании, • дискомфорт в эпигастрии, • метеоризм • абдоминальный дистресс • диарея • тошнота

	дыхательные	<ul style="list-style-type: none"> • ощущение сжатия • боль и дискомфорт в груди • диспноэ • затрудненность вдоха (в противоположность затрудненности выдоха при астме) • чувство удушья • последствия гипервентиляции 	
	сердечно-сосудистые	<ul style="list-style-type: none"> • ощущение дискомфорта в области сердца • сердцебиение • ощущение перебоев в области сердца • пульсации шейных сосудов 	
	урогенитальные	<ul style="list-style-type: none"> • учащенное мочеиспускание, • нарушения эрекции, • диспареуния, • снижение либидо, • менструальные нарушения, • временная аменорея 	
	нервная система	<ul style="list-style-type: none"> • чувство пошатывания • ощущение нечеткости зрения • головокружение и парестезии • потливость • тремор или дрожь • приливы жара и ознобы • онемение или ощущение покалывания 	
Нарушения сна	<ul style="list-style-type: none"> • затруднения при засыпании из-за беспокойства • ощущение беспокойства при пробуждении. • прерывистый или поверхностный сон с неприятными сновидениями. • сон с кошмарными сновидениями, нередко пробуждения в тревоге • отсутствие чувства отдыха утром 		
<p><i>Факторы, свидетельствующие о более благоприятном прогнозе: позднее начало расстройства; незначительная выраженность социальной дезадаптации; пол - женщины более предрасположены к ремиссии.</i></p>		<p><i>Факторы, свидетельствующие о неблагоприятном прогнозе: плохие взаимоотношения с супругом или родственниками; наличие коморбидных психических расстройств; пол - мужчины менее предрасположены к ремиссии.</i></p>	
<p>Коморбидность является характерным признаком ГТР. Свыше 90% всех пациентов с первичным диагнозом «генерализованное тревожное расстройство» в течение жизни имели еще и другое психическое расстройство.</p>			
<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ КОМОРБИДНОСТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ РАССТРОЙСТВАМИ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • эндогенная депрессия, рекуррентное депрессивное расстройство 		
	<ul style="list-style-type: none"> • биполярное аффективное расстройство 		
	<ul style="list-style-type: none"> • дистимия 		
	<ul style="list-style-type: none"> • алкогольная зависимость 		
	<ul style="list-style-type: none"> • простые фобии 		
	<ul style="list-style-type: none"> • социофобия 		
	<ul style="list-style-type: none"> • обсессивно-компульсивное расстройство 		
<ul style="list-style-type: none"> • наркотическая зависимость, зависимость от 			

	психоактивных веществ (ПАВ)
	<ul style="list-style-type: none"> • психопатологически недифференцированный синдром хронической усталости • астенические нарушения
ДОКАЗАНА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ ВМЕСТЕ С ГТР	• сердечно-сосудистые заболевания
	• желудочно-кишечные заболевания
	• респираторные расстройства
	• мигрень
	• аллергические заболевания
	• метаболическая патология
	• боли в спине
(5C)	
КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ПО МКБ-10	
А. Присутствие (наличие) в течение как минимум 6 месяцев выраженной нефабулируемой тревоги, внутреннего напряжения, гипервигилитета, тревожных руминаций, негативных ожиданий, связанных с будущим.	
Б. Должны присутствовать по меньшей мере четыре симптома из следующего списка, причем один из них из перечня 1-4:	1) усиленное или учащенное сердцебиение
	2) потливость
	3) тремор или дрожь
	4) сухость во рту (но не от лекарств или дегидратации)
	5) затруднения дыхания
	6) чувство удушья
	7) боль или дискомфорт в груди
	8) тошнота или абдоминальный дистресс (например, жжение в желудке, диарея, метеоризм);
	9) чувство головокружения, неустойчивости или обморочности
	10) чувства, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «по-настоящему находится не здесь»
	11) страх потери контроля, сумасшествия
	12) страх умереть
	13) приливы жара или ознобы
	14) онемение или ощущение покалывания
	15) мышечное напряжение или боли
	16) беспокойство и неспособность к релаксации
	17) чувство нервозности, взвинченности («на взводе») или психического напряжения
	18) ощущение кома в горле или затруднения при глотании
	19) усиленное реагирование на небольшие неожиданности или на испуг
	20) затруднения в сосредоточении внимания или «пустота в голове» из-за тревоги или беспокойства

	21) постоянная раздражительность
	22) затруднение при засыпании из-за беспокойства
ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ	
<p>При опросе пациентов с жалобами на генерализованную тревогу рекомендуется обратить внимание на наличие как аффективных тревожных симптомов, так и соматических проявлений тревоги с целью выявления компонентов психической и соматической тревоги для учета при подборе терапии. (4С)</p>	
<p>При сборе анамнеза и проведении клинического интервью у пациентов с жалобами на тревогу рекомендуется выявить симптомы устойчивой (генерализованной) и трудно контролируемой тревоги в психическом статусе с целью дифференциальной диагностики от других заболеваний. (5С)</p>	
<p>При сборе анамнеза у пациентов с жалобами на генерализованную тревогу рекомендуется обратить внимание на длительность тревожных состояний (не менее 6 месяцев для генерализованного тревожного расстройства) с целью дифференциальной диагностики от других заболеваний. (5С)</p>	
<p>При анализе жалоб пациентов с генерализованной тревогой рекомендуется выделить жалобы, относящиеся к вегетативным проявлениям тревоги, носящими устойчивый характер для учета при подборе терапии. (4С)</p>	
<p>При анализе жалоб и сборе анамнеза пациентов с генерализованной тревогой рекомендуется обратить внимание на наличие возможных коморбидных психических заболеваний (в т.ч. посттравматического стрессового расстройства, депрессивного и биполярного расстройства, зависимости от ПАВ) с целью дифференциальной диагностики и для учета при подборе терапии. (5С)</p>	
<i>Комментарий</i>	<p>Генерализованная тревога часто наблюдается в рамках других психических расстройств. В случае выявления критериев посттравматического стрессового расстройства, депрессивного или биполярного расстройства, зависимости от ПАВ более правомерным представляется оценка генерализованной тревоги у данных пациентов как симптома вышеуказанных расстройств.</p>
<p>При анализе жалоб и сборе анамнеза пациентов с генерализованной тревогой рекомендуется обратить внимание на наличие возможной коморбидной соматической патологии с целью дифференциальной диагностики и для учета при подборе терапии. (5С)</p>	
<i>Комментарий</i>	<p>ГТР часто наблюдается при соматических расстройствах. В случае выявления критериев соматического заболевания более правомерным представляется оценка ГТР у данных пациентов как коморбидного или сопутствующего расстройства.</p>
<p>При сборе анамнестических данных рекомендуется уделить особое внимание текущим стрессовым факторам в жизни пациента, недавним переживаниям по поводу расставания, межличностным проблемам, актуальным сомнениям и опасениям, а также случаям суицидального поведения. (5С)</p>	
<p>При сборе анамнеза всех пациентов рекомендуется подкрепить полученную информацию</p>	

объективными сведениями со стороны родственников пациента с целью большей точности диагностики. (5С)	
При сборе анамнеза у всех пациентов с ГТР необходимо оценить суицидальный риск с целью дифференциальной диагностики состояния, определения вида и объема психиатрической помощи. (5С)	
ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ	
Подробное физикальное и неврологическое обследование пациентов с симптомами ГТР осуществляется с целью исключения соматической патологии и подтверждения психиатрического диагноза. (4С)	
Пациентам с генерализованной тревогой физикальное обследование рекомендуется начать с наружного осмотра, измерения роста, массы тела, уровня физического развития, визуального исследования целостности кожных покровов с целью исключения соматических заболеваний, выявления следов самоповреждающего поведения, инъекций, оценки соматического статуса. (5С)	
Пациентам с генерализованной тревогой рекомендуется провести пальпацию щитовидной железы для исключения заболевания щитовидной железы. (5С)	
Пациентам с генерализованной тревогой рекомендуется измерить пульс и артериальное давление лежа (после отдыха 5 минут) и стоя (через 3 минуты после вставания) с целью оценки вегетативных проявлений и соматического статуса. (5С)	
Пациентам с генерализованной тревогой рекомендуется установить отсутствие экзофтальма для исключения заболевания щитовидной железы. (5С)	
В дополнение к стандартному физикальному обследованию всем пациентам рекомендовано провести осмотр кожных покровов с целью выявления следов от инъекций для исключения факта приема пациентом ПАВ или лекарственных препаратов, которые могут вызывать симптоматику тревоги. (5С)	
ЛАБОРАТОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
На текущий момент не существует каких-либо лабораторных методов диагностики ГТР. Основная цель лабораторных обследований - исключение соматических заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ГТР.	
Пациентам с генерализованной 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. (4С)	
Пациентам с генерализованной тревогой рекомендуется провести анализ крови для оценки функции щитовидной железы: исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) сыворотки крови, уровня свободного трийодтиронина сыворотки крови (Т3), уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, уровня свободного тироксина сыворотки (Т4) крови, уровня тиреотропного гормона в крови для исключения патологии щитовидной железы. (4С)	
<i>Комментарий</i>	Скрининг уровня гормонов щитовидной железы рекомендован для первичных пациентов, которым никогда ранее не проводилось это исследование, или при наличии клинических или анамнестических показаний.
<i>Комментарий</i>	Основная цель лабораторных обследований - исключение соматических заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ГТР.
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Пациентам с генерализованной тревогой рекомендуется проведение электроэнцефалографии для оценки биоэлектрических потенциалов головного мозга и исключения пароксизмальных состояний. (3В)	
Пациентам с генерализованной тревогой рекомендуется проведение дуплексного сканирования транскраниальных артерий и вен для исключения сосудистой патологии. (3В)	
Пациентам с генерализованной тревогой рекомендуется проведение магнитнорезонансной томографии (МРТ) головного мозга для исключения органического поражения головного мозга. (3В)	
Пациентам с генерализованной тревогой рекомендуется проведение электрокардиографии для оценки соматического состояния, исключения сердечнососудистой патологии. (3В)	

<i>Комментарий</i>	<i>MPT головного мозга рекомендуется для первичных пациентов, которые ранее не подвергались этим исследованиям, или при наличии клинических или анамнестических показаний.</i>
ИНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Важным представляется привлечение медицинских психологов в полипрофессиональные бригады для проведения экспериментально-психологической диагностики, позволяющей в рамках персонализированного подхода определять индивидуально-психологические особенности пациента и выделять мишени психотерапевтического воздействия	
Пациентам с генерализованной тревогой рекомендуется использование психометрических шкал и симптоматических опросников для оценки уровня тревоги и ее динамики.	The Hamilton Anxiety Rating Scale - Шкала тревоги Гамильтона (HARS) (5С)
	Скрининговый опросник ГТР-7 (GAD-7) (5С)
Для оценки выраженности клинических проявлений рекомендовано использовать	Symptom Check List-90-Revised - Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90- R) (5С)
	Интегративный тест тревожности (ИТТ) (5С)
	State-Trait Anxiety Inventory - Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI) (5С)
	The Beck Anxiety Inventory - Шкала тревоги Бека (BAI) (5С)
	Sheehan Anxiety Scale - Шкала тревоги Шихана (ShARS) (5С)
<i>Комментарий</i>	Приведенные методики являются психометрическими и/или симптоматическими опросниками, которые позволяют оценить объективно характер и выраженность клинической симптоматики, ее динамику, эффект от проводимого лечения. Более полно клиничко-психологическая и экспериментально-психологическая диагностика может проводиться медицинским психологом в зависимости от конкретных диагностических задач или для определения мишеней психотерапевтического воздействия. Выбор методов и методик психологической диагностики относится к компетенции медицинского психолога, при соблюдении требования о представлении в тексте психологического заключения запрашиваемых лечащим врачом данных. Могут применяться различные шкалы, прошедшие адаптацию и валидизацию в зависимости от целей исследования.
Предлагаемые ниже методики применяются факультативно, и перечень возможных методик для проведения экспериментально-психологического обследования ими не ограничен.	
При необходимости быстрой оценки динамики состояния применяют Clinical global impression scale - шкала общего клинического впечатления (CGI).	
Наиболее часто применяемые методики для исследования психологической структуры личности.	(Minnesota Multiphasic Personality Inventory) - Стандартизованный клинический личностный опросник (ММПИ) (в адаптации Собчик Л.Н. с соавт. (1970) - полный вариант MMP1. IchStrukturTestnach G.Ammon - методика «Я-структурный тест» Г. Аммона, (1978) (ISTA)).
Наиболее часто применяемые методики	(Методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК).

для исследования отдельных индивидуально-психологических особенностей личности.	Опросник для исследования личностных убеждений «Personal Beliefs Test» (Kassinove H., Berger A., 1984).
Наиболее часто применяемые методики для психологической диагностики факторов риска психической дезадаптации.	(Life style index - методика «Индекс жизненного стиля» (LSI).
	Методика «Стратегии совладающего поведения» Р. Лазаруса (WCQ, Folkman S., Lazarus R., 1988).
	Мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne decision making questionnaire, - MDMQ).
Наиболее часто применяемые методики для психологической диагностики системы значимых отношений.	Опросник невротической личности KON-2006 (Aleksandrowicz J., и др., 2006).
Для исследования приверженности лечению.	Российский универсальный опросник количественной приверженности лечению (КОП- 25).
ЛЕЧЕНИЕ, ВКЛЮЧАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ.	
Пациентам с ГТР в качестве основной терапевтической стратегии с целью повышения эффективности лечения рекомендована комбинация психофармакотерапии и психотерапии. (1A)	
<i>Комментарий</i>	Данные современных научных исследований подтверждают эффективность как психофармакотерапии, так и психотерапии (когнитивноповеденческой, динамической, релаксационной и др. в лечении ГТР). 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 ожидания 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 организационными условиями.
ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ	
<i>Терапия первой линии</i>	
Пациентам с ГТР в качестве препаратов первой линии рекомендуется начинать терапию с назначения препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина	
<ol style="list-style-type: none"> 1. пароксетин 20-40 мг/сут 2. эсциталопрам 10-20 мг/сут 3. циталопрам 20-40 мг/сут 4. сертралин 50-200 мг/сут <p style="text-align: center;">ИЛИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. венлафаксин 75-225 мг/сут 6. дулоксетин 30-120 мг/сут 7. прегабалин 150-600 мг/сут 	
с целью снижения интенсивности тревоги и стабилизации настроения. Рекомендованная длительность терапии составляет 612 месяцев. (1A)	
	Поскольку в РКИ, проводившихся для оценки эффективности препаратов в лечении ГТР не учитывались особенности клинических проявлений (преобладание определенных симптомокомплексов, степень ипохондризации), то имеются определенные сложности в

<p><i>Комментарий</i></p>	<p>применении их результатов при реализации персонализированного подхода в медицине.</p> <p>После установления диагноза ГТР пациентам в качестве первого курса в течение 4-6 недель рекомендуется либо проводить монотерапию препаратами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, либо венлафаксином, дулоксетином, либо прегабалином**. Вариант лечения следует выбирать индивидуально для каждого пациента с учетом психотропного и соматотропного действия препарата, возможных нежелательных явлений, психического и соматического статуса пациента, а также клинических характеристик заболевания.</p> <p>Монотерапия антидепрессантами начинается с минимальных дозировок и постепенно титруется до терапевтических. Анксиолитический эффект развивается индивидуально в течение 2-8 недель.</p> <p>К преимуществам этой группы препаратов относятся хороший профиль эффективности-переносимость-безопасность, возможность однократного приема, наличие долговременного эффекта терапии; к недостаткам - отставленное развитие эффекта, возможный анксиогенный эффект в первую неделю терапии, необходимость титрации дозировки, негативное влияние на сексуальную функцию, развитие тошноты и некоторых других побочных эффектов.</p> <p>Рекомендуется предупредить пациента с ГТР о возможном развитии побочных эффектов в начале приема антидепрессантов для обеспечения комплаенса. В первые недели приема целесообразно наблюдать за больным, оценивая суицидальные риски, возможное усиление тревожной симптоматики.</p> <p>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.</p>
<p>Пациентам с ГТР при доминировании в клинической картине соматических эквивалентов тревоги рекомендуется на первом этапе терапии назначать прегабалин (150-600 мг/сут) с целью снижения тревоги и редукции интенсивности соматических проявлений. (1С)</p>	
<p><i>Комментарий</i></p>	<p>В нескольких доказательных исследованиях хорошо изучен и подтвержден в метаанализах анксиолитический эффект прегабалина, его влияние на психический, соматический и вегетативный компоненты тревоги, а также хорошая переносимость и высокий уровень безопасности. Анксиолитический эффект при приеме прегабалина достигается в течение первой недели приема препарата. В отличие от большинства антидепрессантов прегабалин не ингибирует ферменты цитохрома Р450, не имеет лекарственных взаимодействий с другими препаратами (напр., варфарином) и может применяться у больных ГТР и хроническими соматическими заболеваниями. Прегабалин следует с осторожностью назначать пациентам, склонным к формированию зависимости или уже имеющим различные формы зависимости от ПАВ. У таких пациентов прослеживается феномен перекрестной зависимости и более быстрое нарастание толерантности. Рекомендуется тщательный сбор наркологического анамнеза пациента с целью минимизации риска формирования зависимости.</p>
<p>Пациентам ГТР с выраженной тревогой и вегетативными нарушениями на первом этапе терапии рекомендуется краткосрочное применение препаратов из группы производных бензодиазепаина с целью купирования тревоги и вегетативных симптомов. (2В)</p>	
	<p>Преимуществами производных бензодиазепаина являются быстрый эффект, хорошая переносимость, широкое терапевтическое окно - безопасность при передозировке. Учитывая, что эффект антидепрессантов достигается через 4-6 недель терапии, кратковременное назначение производных бензодиазепаина на первом</p>

<p><i>Комментарий</i></p>	<p>этапе позволяет снизить интенсивность тревожной симптоматики. Перед назначением этой группы препаратов должен быть хорошо собран наркологический анамнез. Нецелесообразно назначать их 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 рекомендуемы дозировки. Препараты группы производных бензодиазепина могут формировать зависимость и имеют синдром отмены при резком прекращении терапии. Поэтому длительность их применения должна быть ограничена 3-4 неделями.</p> <p>Длительность применения ограничивается также значимыми нежелательными эффектами - седацией, головокружением, нарушением координации, снижением концентрации внимания и запоминания, нарушением психомоторных функций, риском формирования зависимости, толерантности к препаратам, выраженным синдромом отмены, проявляющимся ухудшением состояния и усилением тревоги после прекращения приема, и поэтому должно ограничиваться короткими курсами (не более 4 недель). Однако в случае выраженной тревоги, некупирующейся антидепрессантами и/или сопровождающейся выраженными вегетативными нарушениями, длительность назначений производных бензодиазепина может быть увеличена до 6 мес.</p> <p>Нет доказательных исследований об эффективности ГТР. Однако в российской медицинской практике он традиционно применяется для лечения тревожных расстройств. При назначении производных бензодиазепина следует учитывать период полувыведения при решении вопроса кратности приема и для профилактики эффектов кумуляции (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин в связи с длительным периодом полувыведения не рекомендуется назначать более 1-2 раз в сутки; алпразолам в связи с относительно небольшим периодом полувыведения следует назначать с частотой не менее 3 раз в сутки).</p>
<p><i>Терапия второй линии</i></p>	
<p>При неэффективности терапии первой линии используется терапия второй линии - возможно повышение дозы антидепрессанта до максимальной терапевтической, смена антидепрессанта на другой из списка препаратов первой линии, неиспользовавшийся в первом курсе терапии, или присоединение производных бензодиазепина на более длительный период. К препаратам второй линии относятся буспирон, гидроксизин, некоторые антипсихотические препараты и другие антидепрессанты. При резистентных состояниях возможно комбинирование различных антидепрессантов с прегабалином, буспироном или антипсихотическими средствами. (3С)</p>	
<p><i>Комментарий</i></p>	<p>При неэффективности первого курса терапии в первую очередь необходимо удостовериться в комплаентности пациента, так как нарушение режима приема препарата является причиной формирования резистентности к лечению в значительной части случаев. Нарушения режима терапии могут быть связаны с наличием побочных эффектов, слабой включенностью пациента в ход терапии, низкой мотивацией, ощущением отсутствия эффекта от лечения (особенно характерно при приеме антидепрессантов, эффект которых отсрочен). Для повышения комплаентности следует провести с пациентом психообразовательную беседу, обговорив возможные побочные эффекты, необходимость регулярного приема препаратов, постепенность развития терапевтического эффекта антидепрессантов. Положительную роль играет ведение дневника приема лекарств или телефонное приложение с напоминанием.</p>

<i>Комментарий</i>	В случае частичной редукции симптоматики при применении селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, венлафаксина, дулоксетина или прегабалина, рекомендуется доведение дозы препарата до максимально рекомендованной (по переносимости) с целью полной редукции клинической симптоматики ГТР. (1А)
	В случае отсутствия терапевтического эффекта при лечении селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, или #венлафаксином / дулоксетином, или прегабалином, рекомендуется комбинированная терапия антидепрессантами (селективными ингибиторами обратного захвата серотонина + Венлафаксин ИЛИ Дулоксетин ИЛИ прегабалином (150-600 мг/сут). (2В)
	В случае отсутствия терапевтического эффекта на фоне терапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, или венлафаксином / дулоксетином, или прегабалином, рекомендуется смена лекарственной терапии на: 1. имипрамин 50-200 мг/сут 2. кломипрамин 50-250 мг/сут (2В)
<i>Комментарий</i>	Терапия неселективными ингибиторами обратного захвата моноаминов (#имипрамин**, #кломипрамин**) должна проводиться под тщательным мониторингом специалиста ввиду риска развития побочных эффектов препаратов (набор веса, ортостатическая гипотензия, тахикардия и пр.). Нежелательно назначать неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов в пожилом возрасте.
	Пациентам с ГТР при неэффективности терапии антидепрессантами или их сочетания с производными бензодиазепина рекомендуется назначение антипсихотических средств второго поколения с целью снижения тревоги реже в виде монотерапии и чаще в сочетании с антидепрессантами: 1. кветиапин , в начальной дозе 50 мг/сут с увеличением дозы до 150 мг/сут на третий день терапии и максимальной дозой 300 мг/сут к 3-4 неделе лечения 2. рисперидон в гибких дозах от 0,5 до 1,5мг/сут 3. оланзапин в сочетании с флуоксетином в начальной дозе 2,5 мг/сут в течение первой недели, 5 мг/сут в течение второй неделе и в случае неэффективности постепенном (5 мг/сут в неделю) повышении дозы до максимальной (20 мг/сут). (2В)
<i>Комментарий</i>	В большей части исследований изучалась эффективность антипсихотических препаратов в отношении ГТР при их сочетании с антидепрессантами с целью увеличения эффективности проводимой терапии. По данным нескольких РКИ, назначение #кветиапина**медленного высвобождения для лечения ГТР допустимо в дозировках до 300 мг/сут, однако терапевтический диапазон 50-150 мг/сут. оказался наиболее эффективным.
	Пациентам с ГТР при неэффективности терапии антидепрессантами или их сочетания с производными бензодиазепина с целью снижения тревоги и коррекции ее сомато-вегетативных проявлений рекомендуется назначение некоторых антипсихотических средств в сочетании с антидепрессантами: 1. арипипразол(7,5-30 мг/сут) (4С) 2. хлорпротиксен (30-150 мг/сут) (3В) 3. сульпирид (50-400 мг/сут) (4С) 4. алимемазин (10-40 мг/сут) (5С)
	Отсутствуют доказательные исследования в отношении алимемазина и хлорпротиксена. Однако в отечественной медицинской практике эти препараты традиционно применяются для лечения тревожных

<i>Комментарий</i>	расстройств. Дополнительную терапию антипсихотическими средствами необходимо проводить под тщательным контролем врача ввиду развития нежелательных побочных эффектов (головокружения, ортостатическая гипотензия, сонливость, набор веса, акатизия и другая экстрапирамидная симптоматика, гиперпролактинемия, и пр.). В связи с вышеуказанными побочными эффектами со стороны пациента существует высокий риск нарушения комплаентности и отказа от психофармакотерапии антидепрессантов, целесообразно продолжить их применение в той же дозировке, на которой был достигнут терапевтический эффект еще 6-12 месяцев. При стабильном состоянии отмена терапии осуществляется постепенно под контролем врача в течение не менее 3 месяцев. Данная рекомендация связана с возможным возникновением синдрома отмены при резком прекращении приема антидепрессантов. Длительность поддерживающей терапии при ГТР и скорость отмены терапии определяется также исходя из индивидуальных особенностей пациента, динамики клинической картины и сопутствующего лечения.
<p>Пациентам с ГТР с целью купирования клинической симптоматики тревоги при рефрактерности к другим видам фармакотерапии рекомендуется применение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. бупропиона (15-60 мг/сут) 2. Гидроксизина (50-100 мг/сут) (1A) 	
<p>Пациентам с ГТР с целью купирования клинической симптоматики тревоги при рефрактерной к другим видам фармакотерапии рекомендуется применение некоторых других антидепрессантов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. агомелатин 25-50 мг/сут 2. вортиоксетин 2,5-10 мг/сут 3. тразодон 150-400 мг/сут 4. миртазапин 15-45мг/сут (2A) 	
<p>Пациентам с ГТР с целью купирования клинической симптоматики тревоги при рефрактерности к другим видам фармакотерапии рекомендуется применение других анксиолитиков</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. этифоксин 150-200 мг/сут 2. фабомотизола 30-60 мг/сут (2C) 	
<i>Комментарий</i>	Эти препараты менее эффективны, чем препараты первой и второй линии, однако при оценке соотношения риск/польза у них по сравнению с производными бензодиазепаина имеется ряд преимуществ, в частности, отсутствие риска формирования зависимости и возможность длительного назначения. Особенно это следует иметь ввиду при подозрении на коморбидную зависимость от ПАВ, в клинической беседе нередко эти пациенты стремятся минимизировать или скрыть от врача свой аддиктивный анамнез.
<p>У пациентов с ГТР при применении психотропных препаратов рекомендуется регулярно оценивать следующие возможные 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. Необходимо оценивать побочные эффекты конкретно назначаемых препаратов с целью оценки соотношения эффективности/переносимости. (3C)</p>	
<i>Комментарий</i>	Адекватные дозировки и режим назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск развития побочных эффектов.
<p>Пациентам с ГТР при применении психофармакологических препаратов рекомендована оценка эффективности и переносимости терапии, которая проводится на 7-14-28-й дни психофармакотерапии и далее 1 раз в 4 недели до окончания курса лечения с целью своевременной коррекции проводимого лечения. (5C)</p>	
<i>Комментарий</i>	В случаях с недостаточной эффективностью монотерапии через 4-6 недель рекомендована смена препарата или использование комбинированных схем лечения. Терапевтический алгоритм смены препаратов приведен в Приложении Б. При непереносимости или

	недостаточной эффективности проводится коррекция дозировок или смена препарата
Психотерапия	
<p>Психотерапия является доказанным эффективным методом лечения невротических расстройств, в т.ч. и генерализованного тревожного расстройства. 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 генерализованным тревожным 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.</p>	
Противопоказания и ограничения к психотерапевтическому лечению	1. пациенты со страхом перед самораскрытием и преобладанием отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты;
	2. пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям, очевидной вторичной выгодой от болезни;
	3. пациенты с низкой интерперсональной чувствительностью;
	4. пациенты, которые не смогут регулярно посещать сеансы психотерапии;
	5. пациенты, которые не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания в индивидуальной и групповой психотерапии;
	6. пациенты, чьи характерологические особенности не позволят им конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии и извлекать из этой работы пользу (которые постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием; или пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью).
В лечении пациентов с ГТР рекомендовано использовать различные виды психотерапии в комбинации с психофармакотерапией с целью более эффективного и стойкого снижения тревоги, научению релаксации, коррекции иррациональных установок, осознания глубинных механизмов и противоречий. (1B)	
Пациентам с ГТР рекомендовано использование релаксационных методов психотерапии 10-15 сеансов с целью снижения тревоги и напряжения, обучения навыкам саморегуляции и для снижения уровня напряжения. (5C)	
Пациентам с ГТР рекомендовано использование методики биообратной связи - 10 сеансов с целью снижения тревоги и напряжения, обучения навыкам саморегуляции и для снижения уровня напряжения. (5C)	
Пациентам с ГТР рекомендовано использование когнитивно-поведенческой психотерапии с целью снижения тревоги и напряжения, изменения иррациональных установок и овладения навыками адаптивного мышления и поведения. (1A)	
<i>Комментарий</i>	Когнитивная модель генерализованного тревожного расстройства. В мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности, то есть он предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи, для его имущества и для других ценностей. Тревожные индивиды испытывают трудности в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, которые уменьшают угрозу опасности.
Мишенями когнитивно-поведенческой	• низкая толерантность к неопределенности;
	• позитивные убеждения относительно беспокойства;

психотерапии для ГТР являются:	<ul style="list-style-type: none"> • отсутствие ориентации на решение проблем; • когнитивное избегание;
Для лечения ГТР могут использоваться следующие техники в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии.	1. Когнитивное реструктурирование. Проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных ощущений. Может дополняться экспозицией <i>in vivo</i> для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения.
	2. Тренировка дыхания. Показана в случае выраженного гипервентиляционного компонента в структуре тревоги. Тренинг может дополняться принудительной гипервентиляцией с приобретением навыков контроля симптоматики за счет дыхания в мешке.
	3. Прикладная релаксация. Использование прогрессивной мышечной релаксации и обучение пациентов навыкам контроля за своим физическим состоянием.
	4. Тренинг по осознанию беспокойства (с записями о времени и содержании беспокоящих мыслей)
	5. Тренинг, направленный на осознание и преодоление собственной низкой толерантности к неопределенности.
	6. Тренинг, направленный на выработку навыков проблемно-решающего поведения. Также могут быть использованы и другие техники когнитивно-поведенческой Психотерапии.
Пациентам с ГТР рекомендовано использование динамической личностноориентированной (реконструктивной) психотерапии (индивидуальной и / или групповой) с целью снижения тревоги и напряжения, осознания глубинных механизмов заболевания, разрешения внутренних противоречий, реконструкции системы отношений. (2B)	
<i>Комментарий</i>	Психотерапия направлена на восстановление нарушенной системы отношений больного через изучение специфики его личностных расстройств, 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), причем индивидуальная психотерапия, в отличие от групповой, сфокусирована в большей степени на когнитивных аспектах.
Пациентам с ГТР рекомендовано проводить обследование в динамике при помощи шкалы тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS) с целью оценки эффективности проводимого лечения. (5C)	
<i>Комментарий</i>	Ответом на терапию считается снижение общего балла по шкале тревоги Гамильтона на > 50%, достижение ремиссии < 7 баллов (The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS).
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ	
Пациентам с ГТР рекомендуется использовать реабилитационные мероприятия с целью укорочения временной утраты трудоспособности пациентов, ранней социализации в обществе, улучшения качества жизни. (5C)	
Пациентам с ГТР с целью укорочения периода временной утраты трудоспособности, ранней социализации в обществе, улучшения качества жизни рекомендуется использовать	

социоцентрированные и психоцентрированные суппортивные психотерапевтические методы. (5C)
Пациентам с ГТР в целях повышения качества и эффективности лечения в качестве специальных видов реабилитации рекомендуются семейная, социально-психологическая, профессиональная суппортивная психотерапия и/или психокоррекция. (5C)
Пациентам с ГТР в целях повышения качества и эффективности лечения как одна из важных форм реабилитационных мероприятий рекомендуется суппортивная психотерапия, которая может проводиться амбулаторно в виде индивидуальной и групповой психотерапии. (5C)
Пациентам с ГТР в целях повышения качества и эффективности лечения как одна из важных форм реабилитационных мероприятий рекомендуется суппортивная психотерапия, которая может проводиться амбулаторно в виде индивидуальной и групповой психотерапии. (5C)
Пациентам с ГТР рекомендуется наблюдение и курация врачом-психотерапевтом или врачом психиатром для коррекции терапии и корректной ее отмены, проведении психотерапии. (5C)
Пациентам с ГТР рекомендуется диспансерное наблюдение врачом-психиатром в случаях наличия суицидального риска, тяжелого течения, коморбидной психической патологии, резистентности к терапии с целью динамической оценки состояния, определения показаний для коррекции амбулаторного лечения, своевременной госпитализации в стационар.
ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
Специфической профилактики ГТР не существует. Профилактика ГТР заключается во внедрении принципов здорового образа жизни, мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья населения, ограничение употребления алкоголя и психоактивных веществ. А также информирование населения о признаках ГТР с целью раннего выявления и своевременного обращения за медицинской помощью.
Пациентам с ГТР рекомендуется приверженность принципам здорового образа жизни, внедрение мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья населения в целях профилактики тревожных нарушений. (5C)

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Показания для госпитализации в медицинскую организацию:	Выраженная тревога, требующая подбора фармакотерапии в стационаре;
	Наличие коморбидных психических расстройств, требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре;
	Наличие коморбидных соматических расстройств требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре;
	Выраженные фобические состояния с ограничительным поведением;
	Плохая переносимость медикаментозной терапии.
Показания к выписке пациента из медицинской организации:	Подбор адекватной и эффективной фармакотерапии;
	Отсутствие выраженных нежелательных явлений;
	Снижение уровня тревожности;
	Стабилизация психического состояния;
	Стабилизация соматического состояния;
Купирование фобических состояний с преодолением ограничительного поведения.	

ПРЕДИКТОРЫ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ГТР	
Предикторы непрерывного течения затяжных форм	Преморбидная минимальная церебральная дефицитарность;
	Правосторонний тип функциональной межполушарной асимметрии;
	Эмоциональное пренебрежение со стороны значимых лиц в родительской семье, что приводит к биопсихосоциальной констелляции, препятствующей разрешению конфликтов, связанных с неудачным опытом ранних отношений, интеграции нового опыта, формированию устойчивой самооценки и определяющей снижение адаптационного потенциала личности;
Предикторы волнообразного течения затяжных форм	Личностные особенности индивида, определяющие его уязвимость к стрессовым воздействиям, затрагивающим наиболее значимые отношения личности и имеющим сходный (стереотипный) характер;
Психологические предикторы затяжного течения	Использование психологической защиты в виде вытеснения;
	Интернальность в отношении к болезни;
	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	Воспитание матерью-одиночкой;
	Развод/расставание родителей;
	Дисгармоничные отношения в родительской семье, что указывает на особую значимость семейных отношений в формировании у больных с хроническим затяжным течением невротических расстройств навыков проблемно-решающего поведения;

Критерии оценки качества медицинской помощи

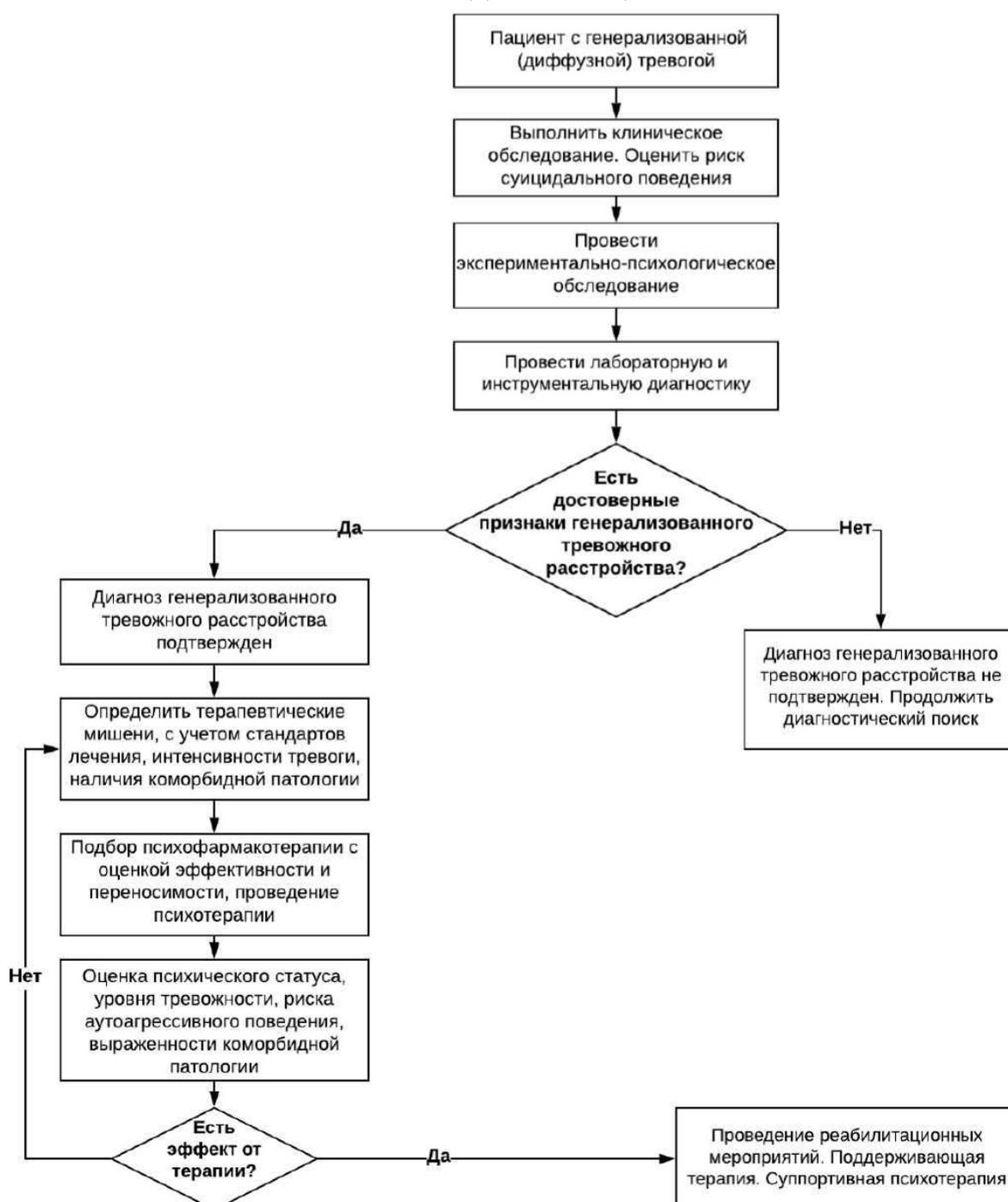
№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
Этап постановки диагноза			
1	Выполнено клиническое обследование (собраны клиничко-anamnestические, клиничко психопатологические данные)	A	1
2	Выполнено экспериментально-психологическое обследование	A	1
3	Проведены общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, анализ мочи общий, исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) сыворотки крови, уровня свободного трийодтиронина сыворотки (Т3), уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, уровня свободного тироксина сыворотки (Т4) крови, уровня тиреотропного гормона в крови	B	2
4	Выполнена электроэнцефалография	B	2
5	Выполнена электрокардиография	A	1
6	Оценен риск суицидального поведения	A	1

Этап лечения			
1	Проведено назначение СИОЗС, венлафаксина, дулоксетина или прегабалина	A	1
2	Проведен анализ эффективности и переносимости назначенной терапии (на 7-14-28 день и далее ежемесячно)	A	1
3	Проведена смена терапии при отсутствии эффективности или непереносимости терапии	A	1
4	Проведена психотерапия	A	1
5	Достигнуто уменьшение уровня тревоги	A	1

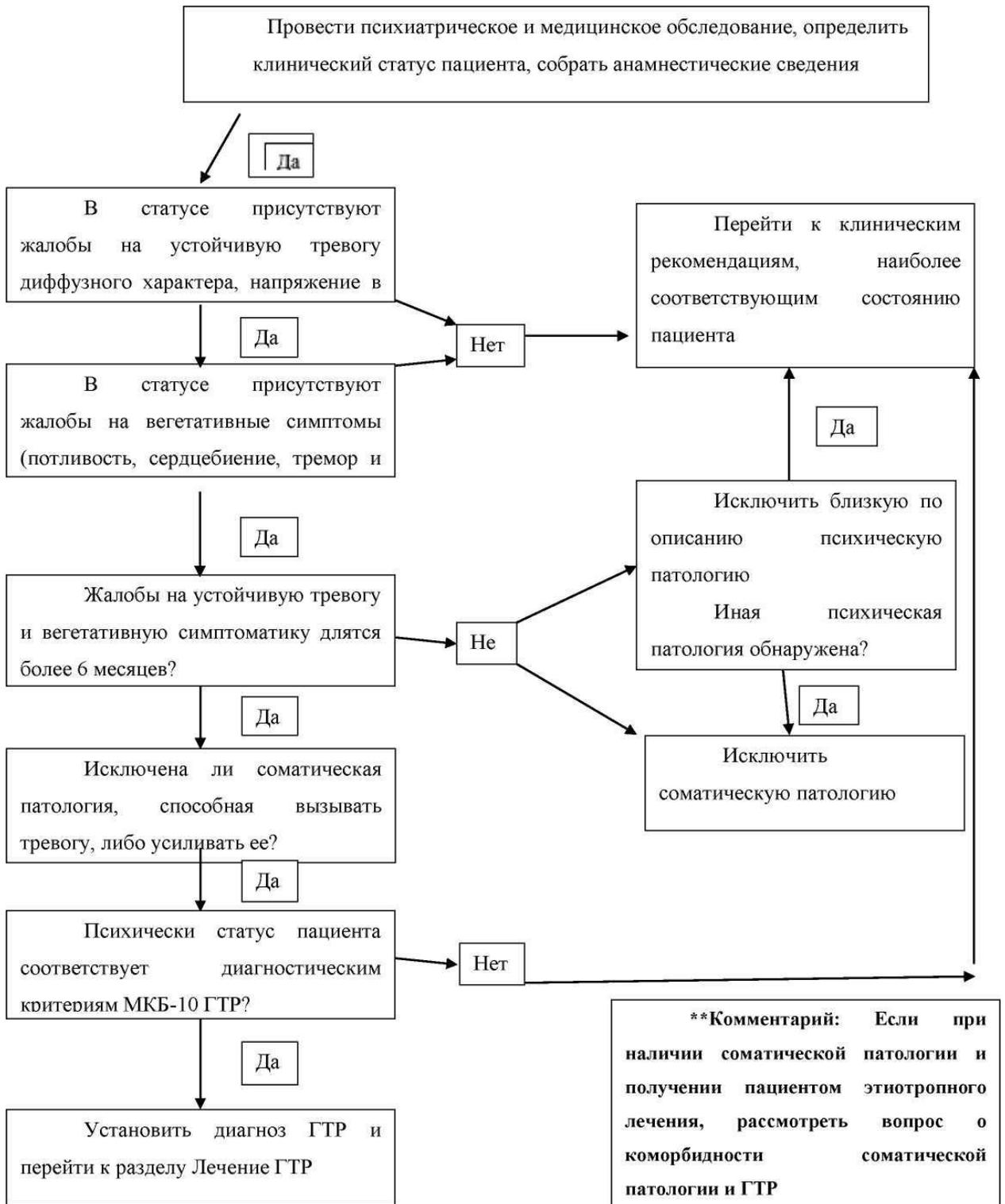
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТА ПРИ ГТР	
Препарат	Рекомендуемая доза (мг)
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	
Пароксетин	20-40
Эсциталопрам	10-20
Сертралин	50-200
Циталопрам	20—40
Другие группы антидепрессантов	
Венлафаксин	75-225
Дулоксетин	30-120
Кломипрамин	50-250
Имипрамин	50-200
Миртазапин	15-45
Агомелатин	25-50
Тразодон	150-400
Вортиоксетин	2,5-10
Производные бензодиазепина	
Алпразолам	0,5-2
Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин	1-3
Анксиолитики	
Гидроксизин	50-100
Буспирон	15-60

Этифоксин	150-200
Фабомотизол	30-60
Антипсихотические средства	
Арипипразол	7,5-30
Кветиапин	50-300
Рisperидон	0,5-1,5
Оланзапин (в сочетании с флуоксетином)	5-20
Сультпирид	50-400
Противоэпилептические препараты	
Прегабалин	150-600

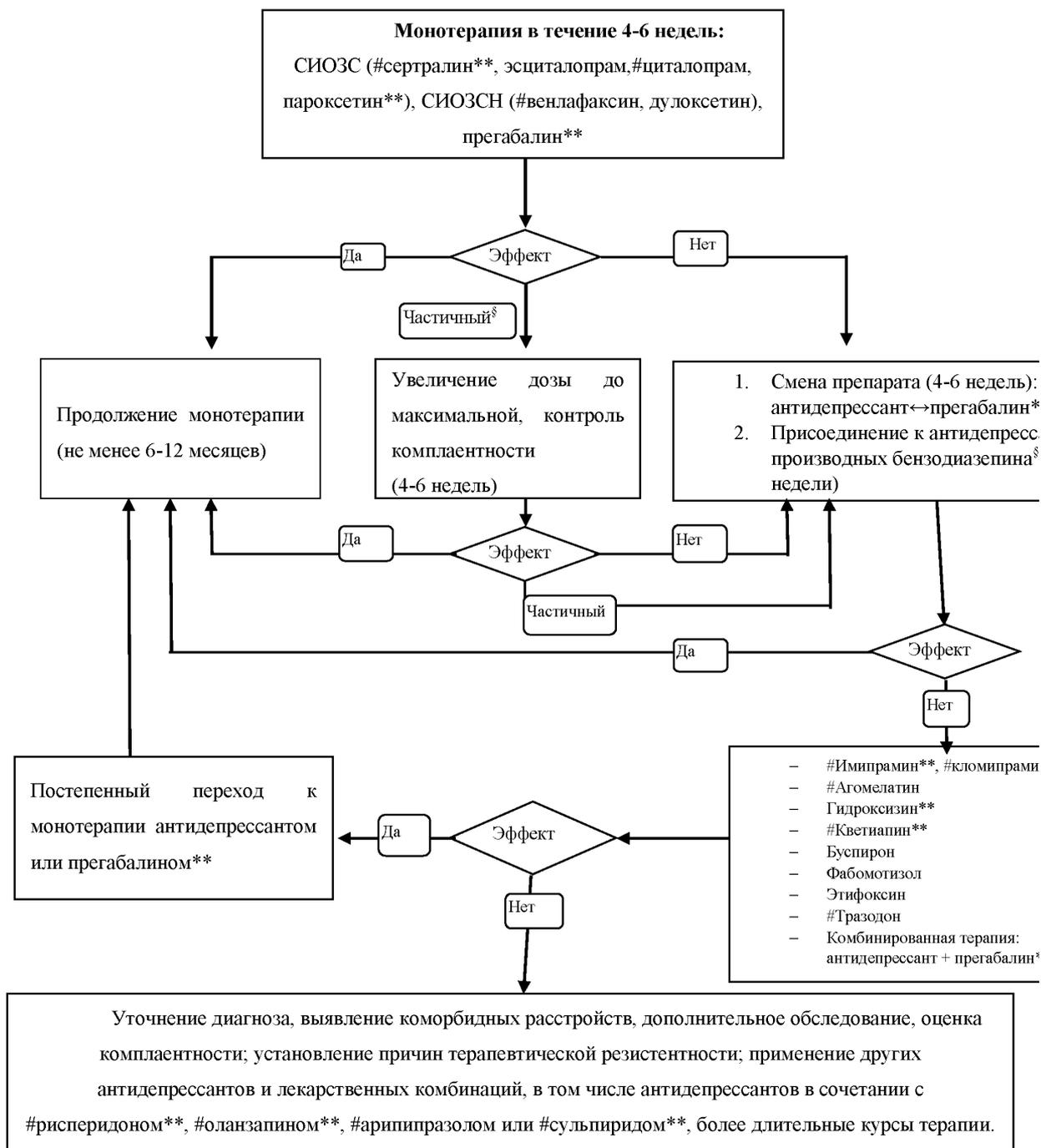
АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ГТР



АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ГТР



АЛГОРИТМ ФАРМАКОТЕРАПИИ ГТР



Примечания

- Эффект антидепрессантов нередко развивается медленнее и носит прогрессивный характер, поэтому при частичном эффекте в некоторых случаях целесообразно продолжать лечение до 12 недель.
- Производные бензодиазепина следует использовать у больных без признаков злоупотребления ПАВ в анамнезе. При выраженной тревоге комбинирование антидепрессантов с производными бензодиазепина возможно в первом курсе терапии.

ПРИЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Что такое тревожные расстройства?

Тревожные расстройства — это группа заболеваний нервной системы, основным проявлением которых является стойкое чувство тревоги, возникающие по несущественным причинам или в отсутствие всяких причин. Одним из них является ГТР (Генерализованное тревожное расстройство)

Каковы основные симптомы тревожных расстройств?

Необоснованное чувство тревоги, затруднение дыхания, головокружения, страх смерти или неминуемой катастрофы, боль в груди или в животе, чувство «кома в горле» и пр. Для ГТР характерно постоянное чувство тревоги и напряжения, не связанное с жизненными обстоятельствами, трудностями, сложными жизненными ситуациями, стрессами.

Диагностика тревожных расстройств.

Обычно диагноз тревожного расстройства устанавливается после исключения всех болезней, при которых могут наблюдаться похожие симптомы. Диагностикой и лечение тревожных расстройств и панических атак занимается врач-психотерапевт, психиатр. Предварительный диагноз может поставить врач общей практики, врач-невропатолог.

Лечение тревожных состояний.

Лечение тревожных расстройств включает психотерапию и назначение лекарственных препаратов, снижающих чувство тревоги. 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 тревожных расстройств 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.

Дополнительная информация

Помимо профессиональной помощи, в терапии и профилактике ГТР существенную роль играет образ жизни человека. В первую очередь для достижения положительного результата в лечении, крайне важно придерживаться выбранного плана лечения. Это может вызывать сложности, но в итоге терапия поможет вернуться к нормальной жизни без постоянной тревоги. Рекомендуется не злоупотреблять алкоголем, кофеином в больших дозах, никотином и психоактивными веществами. Все вышеперечисленное способствует формированию повышенного уровня тревоги. Многим пациентам помогают техники релаксации (йога, глубокое дыхание, мышечное расслабление и другие). Физическая активность также может помочь улучшить настроение и усилить положительные эффекты лечения. Соблюдение режима дня, а именно нормализация ночного сна положительно сказывается на психическом самочувствии и позволит снизить вероятность развития хронической тревожности.

