

Клинические рекомендации  
Генерализованное тревожное расстройство

Кодирование по Международной F41.1  
статистической классификации  
болезней и проблем, связанных  
со здоровьем:

Возрастная группа: дети

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 патогенеззаболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	7
1.5 Классификациязаболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	10
2.1 Жалобы и анамнез.....	10
2.2 Физикальное обследование.....	11
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	12
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	12
2.5 Иные диагностические исследования.....	12
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	13
3.1 Лечение препаратами из группы селективных антидепрессантов.....	13
3.2 Лечение препаратами группы анксиолитиков.....	14
3.3 Лечение препаратами из группы трициклических антидепрессантов.....	15
3.4 Психотерапия.....	15
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.....	16
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	17
6. Организация оказания медицинской помощи.....	17
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболеванияили состояния).....	18
8. Критерии оценки качества медицинской помощи.....	18
Список литературы.....	20
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	24

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	26
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	28
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	29
Приложение В. Информация для пациента.....	30
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	32

## **Список сокращений**

**АТХ** - анатомо-терапевтическо-химическая классификация лекарственных препаратов

**ВОЗ** – всемирная организация здравоохранения

**ГТР** – генерализованное тревожное расстройство

**КР** – клинические рекомендации

**КТ** – компьютерная томография

**КПТ** – когнитивно-поведенческая терапия

**МКБ-10** – международная классификация болезней 10 пересмотра

**МОДТ** - многомерная оценка детской тревожности

**МРТ** – магнитно-резонансная томография

**ПАВ** – психоактивные вещества

**ПЭТ** – позитронно-эмиссионная томография

**РКИ** – рандомизированные клинические исследования

**РОП** – Российское общество психиатров

**СДВГ** - синдром дефицита внимания и гиперактивности

**СИОЗС** – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

**УДД** – уровень достоверности доказательств

**УУР** – уровень убедительности рекомендаций

**ЭКГ** – электрокардиография

**ЭЭГ** – электроэнцефалография

**фМРТ** – функциональная магнитно-резонансная томография

**DSM-V** - Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition —

Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания

**\*\*** – препарат входит в список «Жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты»

**#** - в инструкции по применению не указано данное заболевание или расстройство

## **Термины и определения**

**Тревога** – это 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.

**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)**

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) в детском возрасте - это состояние постоянной (не менее 6 мес.) повышенной тревоги, опасения, чрезмерного волнения, не имеющей значимых причин, сопровождающееся соматовегетативными симптомами (тремор, потливость, множественные соматические жалобы, истощение и нарушение сна) [1] [2].

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

Этиология и патогенез ГТР в настоящее время неизвестны. Предполагается, что к факторам риска появления тревожных расстройств в детском возрасте относятся [1] [3] [4]:

- генетические факторы, специфические гены не определены, имеется мультифакториальная генетическая предрасположенность [5] [6] [7];

- физиологические факторы в виде дисфункции верхнетеменной ассоциативной коры, парагиппокампальной извилины, таламуса, хвостатого ядра и амигдалярного отдела мозга, неравномерности созревания различных мозговых структур, в частности с повышенной активацией префронтальной зоны [8] [9] [10] [11];

- семейные факторы: родитель с ГТР, разлука с родителями и дисфункциональная семья [1] [12] [13]:

- данные о влиянии типа семейного воспитания противоречивы: в ряде исследований были выявлены взаимосвязи между нарушениями детско-родительских отношений в виде авторитарности, «чрезмерно-контролирующего» стиля воспитания и формированием тревожных расстройств [14] [15], тогда как в программе EDSP не выявлено связи между избыточной родительской опекой и повышенным риском тревожных расстройств [16]

- родительская модель тревожного поведения способствует тому, что дети уклоняются от новых ситуаций или относятся к ним с повышенной осторожностью [17]. Наличие депрессии у родителей увеличивает вероятность возникновения ГТР у детей [16]

- психологические факторы:

- когнитивные факторы риска – это когнитивные искажения, связанные с реакцией на угрозу, нетерпимость к неопределенности (на эмоциональном, когнитивном, поведенческом уровне), заученное поведение (например, избегание) [18]

- поведенческая ингибция как фактор риска. Поведенческая ингибция – чувство подавленности, возникающее при контакте с незнакомыми людьми или в незнакомых обстоятельствах – наблюдается у 15% детей и повышает риск тревожных расстройств (в том числе ГТР, паническое расстройство и др.) [16]

- интенсификация психогенных нагрузок, в том числе связанных с усложнением процессов обучения, часто превышающих адаптационные возможности ребенка [2] [19].

- употребление психоактивных веществ

- употребление каннабиса в подростковом возрасте увеличивает риск развития тревожных расстройств даже у лиц, прекративших его употреблять [20]. Синтетические каннабиноиды способствуют уменьшению объемов серого вещества и дисфункции в кортикальных структурах (клиновидная, прекунеусная, островковая, нижняя лобная извилина, вендролатеральная префронтальная кора и поясная извилина) [21]

- экологические факторы (загрязнение воздуха ртутью и другими вредными веществами) увеличивает формирование тревожных расстройств у детей [22] [23].

### **1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Эпидемиология ГТР остается мало изученной из-за высокой коморбидности с другими расстройствами настроения [1].

В возрасте 13-18 лет ГТР встречается у 2,2 % подростков. Женский пол повышает риск ГТР [24] [25].

Информация о распространенности ГТР у детей в России отсутствует.

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

Для классификации и диагностики ГТР, как у взрослых, так и у детей, в настоящее время во всем мире используются две основные классификации, имеющие статус международных: МКБ-10, выпущенная под руководством ВОЗ, и Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам DSM-V (англ. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), разработанное Американской психиатрической ассоциацией. В России используется Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации [26]. Диагностические и классификационные рубрики, используемые в МКБ-10, приведены в разделе **1.6** настоящих клинических рекомендаций.

### **1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) Кодирование по Международной классификации болезней [МКБ-10]**

Генерализованное тревожное расстройство - F41.1.

### **1.6 Клиническая картина заболевания или состояния [группы заболеваний или состояний]**

В МКБ-10 нет указаний о диагностике ГТР у детей [26].

**Критерии установления диагноза/состояния (исследовательские диагностические критерии МКБ-10) могут быть использованы для постановки диагноза у подростков [27] [28]:**

А. Присутствие (наличие) в течение как минимум 6 месяцев выраженной нефабулируемой тревоги, внутреннего напряжения, гипервигилитета, тревожных руминаций, негативных ожиданий, связанных с будущим

Б. Среди соматовегетативных симптомов в МКБ-10 большое значение уделяется наличию, по меньшей мере четырех симптомов 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);

Симптомы, относящиеся к телу:

- 5) затруднения в дыхании;
- 6) чувство удушья;
- 7) боль или дискомфорт в груди;
- 8) тошнота или абдоминальный дистресс (например, жжение в желудке, диарея, метеоризм);

Симптомы, относящиеся к психическому состоянию:

- 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;

Общие симптомы:

- 13) приливы жара или ознобы;
- 14) онемение или ощущение покалывания;

Симптомы напряжения:

- 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;

Другие неспецифические симптомы:

- 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.

В. Расстройство не отвечает критериям панического расстройства (F41.0), тревожно-фобических расстройств (F40.-), обсессивно-компульсивного расстройства (F42-) или ипохондрического расстройства (F45.2).

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Тревожное расстройство не обусловлено физическим заболеванием, таким как гипертиреозидизм, органическим психическим расстройством (F00-F09) или расстройством, связанным с употреблением ПАВ (F10-F19), таким как избыточное употребление амфетаминоподобных веществ или отмена бензодиазепинов.

#### **Примечание:**

*В DSM-V приведены менее строгие диагностические критерии ГТР для детей, чем у взрослых, должен присутствовать хотя бы один симптом из 6 перечисленных в подпункте В [29].*

*1. Беспокойство, возбуждение или нервозность.*

*2. Быть легко утомляемым.*



3. Проблемы с концентрацией внимания или потеря сознания.
4. Раздражительность.
5. Напряжение мышц.
6. Нарушение сна (трудности с засыпанием или засыпанием, беспокойство, неудовлетворение спать).

*В детском и подростковом возрасте диапазон жалоб, которыми проявляется ГТР, более ограниченным, чем в зрелом возрасте, и специфические вегетативные симптомы часто менее выражены. В этих случаях предпочтительнее использовать альтернативный набор критериев в F93.80 (генерализованное тревожное расстройство детского возраста), при котором симптоматика обусловлена, прежде всего, разлукой со значимым лицом.*

*У детей дошкольного возраста четкие подтипы тревоги менее дифференцированы, чем у младших школьников, но имеют негативное воздействие на функционирование ребенка [2][30].*

У детей достаточно высокий риск коморбидности ГТР с социальным тревожным расстройством, обсессивно-фобическим и другими тревожными расстройствами [31] [32].

Дети могут выражать беспокойство через плач, истерики, дрожь и/или невозможность остаться в одиночестве, а также через игру [33] [34] [35].

Тревога считается патологической при несоответствии интенсивности и особенностей, вызвавшей ее причине, и значительном ухудшении социального функционирования и/или формировании реакции избегания [1] [2] [30] [36].

Дети с ГТР имеют множественные и туманные опасения, которые усугубляются стрессовыми ситуациями. У них часто отмечаются трудности с концентрацией внимания. Они могут плохо спать, чрезмерно потеть, чувствовать себя истощенными и жаловаться на физический дискомфорт [например, боли в животе, в мышцах, головная боль] [1] [2] [3].

Некоторые дети непосредственно жалуются на наличие тревоги, описывая ее с точки зрения беспокойства.

У большинства детей соматические симптомы часто являются фасадом ГТР и служат основным поводом для обращения к педиатрам («Я не могу идти в школу, потому что у меня болит живот») [1] [2] [3] [37]. Однократно возникшие вегетативно-соматические расстройства в дальнейшем повторяются по механизму патологически упрочившейся условной связи [38]

К симптомам ГТР у детей могут относиться: головные боли, немотивированные жалобы на боли в животе (характерные больше для младшего школьного возраста – 6-9 лет), не имеющие органической причины, тошнота, рвота, диарея, напряжение мышц, трудности со сном, частые острые респираторные заболевания, синдром нервного кашля, функционального характера, заикание, отличающееся волнообразным, затяжным течением, функциональные тики [24] [34] [35].

Подростки с ГТР часто испытывают беспокойство в социальной сфере, но оно отличается от беспокойства при социальной фобии тем, что тревога возникает в разных сферах жизнедеятельности. Они больше беспокоятся о качестве своих отношений, чем о смущении или унижении в социальных ситуациях. Тревога, связанная с социальной

фобией, обычно исчезает при избегании социальной ситуации или уходе от нее, но тревога, связанная с ГТР, сохраняется [24] [25].

Подростки с ГТР испытывают беспокойство почти по любому поводу, склонны выискивать любые пугающие события в книге, фильме или в новостях, фиксировать на них свое внимание и связывать их с собственной жизнью, чрезмерно волнуются даже по поводу повседневных мелочей, например, какую одежду надеть на себя или что посмотреть по телевизору. [2]

ГТР, начавшееся в подростковом возрасте, является фактором риска плохой школьной успеваемости, подростковой беременности, проблем с созданием семьи и сохранением брака, а также многих других проблем взрослого возраста [3] [39].

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

Общие критерии установления диагноза ГТР изложены в разделе 1.6 настоящих клинических рекомендаций. Для их выявления и верификации необходимы и достаточны данные:

- 1) объективного и субъективного анамнеза,
- 2) клинического психопатологического осмотра,
- 3) клинического патопсихологического исследования,
- 4) лабораторных исследований,
- 5) инструментальных обследований.

### **2.1 Жалобы и анамнез**

**Рекомендуется:** Сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии (код услуги - А01.29.008) всем детям с подозрением на ГТР для выявления имеющих значение для диагностики обстоятельств [1] [29] [30] [40].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Комментарий:** Сбор жалоб и анамнеза осуществляется врачом-психиатром. Сведения, необходимые для полноценного выяснения объективного анамнеза, могут содержаться в медицинской документации, характеристиках из дошкольных и школьных учреждений и/или быть сообщены родителями (иными законными представителями) несовершеннолетнего. Данные объективного анамнеза выясняются у родителей ребенка с подозрением на ГТР путем структурированного расспроса, осуществляемого, как правило, в хронологической последовательности.

При сборе жалоб необходимо уточнить характер тревоги, соматовегетативные симптомы и исключить наличие других видов тревожных расстройств согласно МКБ-10 (см. п. 1.6).

При сборе анамнестических данных следует расспросить про [1] [2] [29] [30] [41] [42] [43]: 1) стрессовые факторы в жизни ребенка, переживания по поводу разлуки с родителями, значимыми людьми, расставания с друзьями, любимым человеком, наличие межличностных проблем, актуальные сомнения и опасения; 2) наличие в семье или у близких родственников тревожных, фобических и других психических расстройств; 3) особенности течения беременности и родов, включая

наличие патологии или воздействия неблагоприятных факторов; 4) особенности раннего развития, включая физическое и психическое развитие, коммуникативные навыки, навыки самообслуживания, знания об окружающем мире, характер игровой деятельности; 5) личностные особенности (тревожность, мнительность, склонность к сомнениям, сенситивность и др.); 6) особенности течения кризисных периодов возрастного развития; 7) особенности адаптации к детскому саду и школе, характер взаимодействия со сверстниками и педагогами, успешность в освоении программы обучения; 8) особенности психического состояния в разные возрастные периоды, особенности поведения, наличие симптомов тревожных расстройств, их динамики; 9) наличие ранее диагностированных психических расстройств, соматовегетативной симптоматики функционального характера, динамика, лечение, его эффективность, переносимость отдельных лекарственных препаратов; 10) особенности протекания настоящего периода болезни, непосредственно предшествующего обращению за психиатрической помощью.

Уровень убедительности рекомендации - В

Уровень достоверности доказательств - 3

**Рекомендуется:** Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского и/или подросткового (код услуги - В01.035.003 - В01.035.012) всем детям с подозрением на ГТР для постановки диагноза [1] [29] [30] [40].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Комментарий:** диагноз ГТР устанавливается на основании полученных объективных и субъективных данных анамнеза, выявленных в ходе текущего осмотра врачом-психиатром симптомов, формирующих клиническую картину, соответствующую критериям диагностики МКБ-10 (см. раздел 1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний настоящих клинических рекомендаций)).

**Рекомендуется:** Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога (код услуги - В01.036.001 - В01.036.001) детям с подозрением на употребление наркотических или иных ПАВ с целью исключения тревожных расстройств, вызванных употреблением ПАВ [19] [20] [26] [28] [29].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

## **2.2 Физикальное обследование**

**Рекомендуется:** Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный (код услуги - В01.031.001) всем детям с подозрением на ГТР для дифференциального диагноза с соматическими заболеваниями и выявления сопутствующих соматических и панические функциональных расстройств, оценки противопоказаний и возможных побочных эффектов терапии [19] [20] [26] [28] [29].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Рекомендуется:** Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (код услуги - В01.023.001) всем детям с подозрением на ГТР для дифференциального диагноза и выявления сопутствующих неврологических расстройств, оценки противопоказаний и возможных побочных эффектов терапии [19] [20] [26] [28] [29].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Комментарий:** для диагностики ГТР у детей и подростков методы лабораторно-инструментального обследования имеют большое значение, т.к. похожая симптоматика может быть следствием органического поражения головного мозга, соматической, эндокринной патологии и др. или сочетаться с ними, что может существенным образом влиять на тактику терапии, в том числе на перечень используемых лекарственных препаратов и иных терапевтических воздействий.

Назначение лабораторных диагностических исследований (смотри раздел 2.3 настоящих клинических рекомендаций) и инструментальных диагностических исследований (смотри раздел 2.3 настоящих клинических рекомендаций), консультаций врачей-специалистов является, по преимуществу, компетенцией врача-педиатра и врача-невролога.

### **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

Непосредственно для диагностики ГТР у детей данные лабораторных диагностических исследований не имеют решающего значения. В то же время данные лабораторных диагностических исследований имеют важное значение для выявления сопутствующих ГТР расстройств (например, общесоматической, эндокринной патологии), выявление которых может существенным образом влиять на тактику терапии, в том числе на перечень используемых лекарственных препаратов и иных терапевтических воздействий. Назначение лабораторных диагностических исследований и инструментальных диагностических исследований (смотри раздел 2.2. настоящих клинических рекомендаций), консультаций врачей-специалистов является, по преимуществу, компетенцией врача-педиатра и врача-невролога.

### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

В случае подозрения на неврологическое заболевание или иную патологию, электроэнцефалография и компьютерная томография головного мозга и другие исследования будут назначены врачом-неврологом или другими специалистами (см. 2.2. настоящих клинических рекомендаций) в рамках диагностики указанных выше состояний.

### **2.5 Иные диагностические исследования**

**Рекомендуется:** Клинико-психологическое психодиагностическое обследование (код услуги - А13.29.001 и/или А13.29.003.001) проводить всем детям с подозрением на ГТР для оценки высших психических функций и создания индивидуального плана психокоррекции и медицинской реабилитации [2] [3] [28] [34] [36] [42] [43].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Рекомендуется:** Клинико-психологическое психодиагностическое обследование (код услуги - А13.29.001 и/или А13.29.003.001) всем детям с подозрением на ГТР для оценки тревожности проводить тест «Многомерная оценка детской тревожности» [44]

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Комментарий:**

*В качестве основной и наиболее продуктивной методики для определения тревожности у детей может быть предложена Многомерная оценка детской тревожности (МОДТ) (Малкова Е.Е. (Ромицына), 2007) для детей и подростков с 7 до 18 лет (см. Приложение Г1).*

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

Психофармакотерапия (код услуги - А25.29.001) – при ГТР у детей и подростков используется в составе комплексной терапевтической помощи в сочетании с психотерапией. Лечение медикаментами детей и подростков требует большой осторожности и сугубо индивидуального подхода как в выборе препарата, так и его доз. Психотропные препараты имеют, помимо лечебного, мощные и разнообразные побочные эффекты, которые могут неблагоприятно влиять на физическое и личностное развитие детей и подростков. Смещение терапевтических мероприятий в сторону медикаментозного лечения должно рассматриваться в зависимости от выраженности и частоты симптомов ГТР при отсутствии явного положительного эффекта от психотерапевтического воздействия [2] [3] [28] [30] [42] [43] [45] [46] [47] [48] [49] [50] [51] [52].

***Примечание:** пациентам с установленным диагнозом ГТР препараты, имеющие возрастные ограничения и при отсутствии ссылки на показание к назначению при ГТР и/или тревожных расстройствах в инструкции рекомендуется назначать обоснованно через врачебную комиссию см. приложение А3.*

**3.1 Лечение препаратами из группы селективных антидепрессантов**

**Рекомендуется:** Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) пациентам с установленным диагнозом ГТР для купирования тревоги— антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) [1] [3] [42] [45] [48] [53] [54] [55].

Уровень убедительности рекомендаций — С

Уровень достоверности доказательств – 3

**Рекомендуется:** Назначение (код услуги - А25.29.001) - #сертралин\*\* - класс препарата, код по АТХ классификации: N06AB06, селективный ингибитор обратного захвата серотонина, у детей применяется с 6 лет при наличии тревоги [51] [55] [56] [57] [59].

Уровень убедительности рекомендаций — С

Уровень достоверности доказательств – 3

**Рекомендуется:** Назначение (код услуги - А25.29.001) - флувоксамин\*\* - класс препарата, код по АТХ классификации: N06AB08, селективный ингибитор обратного захвата серотонина, у детей применяется с 8 лет при тревоге [51] [55] [60].

Уровень убедительности рекомендаций — С

Уровень достоверности доказательств – 3

**Комментарии:** Рекомендуется проводить долгосрочную терапию 6-12 месяцев под контролем возможных нежелательных явлений, психического и соматического статуса пациента, клинических характеристик заболевания [1] [2] [3] [42] [51].

Эффект антидепрессантов развивается индивидуально в течение 2-8 недель, поэтому на первом этапе лечения целесообразно применять комбинацию с анксиолитиками, особенно при частых приступах [42] [47] [51] [53] [61].

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

Рекомендуется предупредить пациента и его родственников о возможном развитии побочных эффектов в начале приема антидепрессантов для обеспечения комплаенса. В первые недели приема целесообразно наблюдать за пациентом и контролировать прием препаратов, оценивая суицидальные риски, возможное усиление тревожной симптоматики [62] [63].

Отслеживание нежелательных соматических эффектов осуществляется контролем за соматическим статусом не реже 1 раза в 1 месяц и состоянием общего клинического анализа крови, печеночных трансаминаз, общего анализа мочи, электрокардиографии не реже 1 раза в 3 месяца.

### **3.2 Лечение препаратами группы анксиолитиков**

**Рекомендуется:** Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - A25.29.001) пациентам с установленным диагнозом ГТР лекарственных препаратов из группы анксиолитиков [2] [3] [42] [46] [49] [50] [51] [52].

**Рекомендуется:** Назначение (код услуги - A25.29.001) - #гидроксизин\*\* - класс препарата, код по АТХ классификации: N05BB01 анксиолитик, производный дифенилметана. Применяется у детей с 3 лет для купирования тревоги [42] [47] [49].

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 3

**Рекомендуется:** Назначение (код услуги - A25.29.001) - #диазепам\*\* - Класс препарата, код по АТХ классификации: N05BA01 анксиолитик, производный бензодиазепина. У детей применяется с 6 мес. при тревоге [64].

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 3

**Рекомендуется:** Назначение (код услуги - A25.29.001) - клоназепам\*\* - Класс препарата, код по АТХ классификации: N03AE01 анксиолитик, производный бензодиазепина. У детей используется с 1 года для купирования тревоги [64] [65].

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 3

**Комментарии:** преимуществом производных бензодиазепина является быстрый эффект, который обеспечивает быстрое купирование тревожных состояний и стабилизацию состояния. Однако, долгосрочный прием бензодиазепинов опасен развитием синдрома зависимости с повышением толерантности, синдрома отмены и феноменом неконтрольного приема препарата «по потребности» [66] [67] [68] [69]. В ряде исследований, имеются указания на возникновение когнитивного дефицита при длительном приеме [70] [71] и развитие суицидальной настроенности [62] после отмены бензодиазепинов. Неконтрольный прием препаратов данной группы, в особенности у пациентов с суицидальными идеями и депрессией, повышает опасность аутоагрессивного поведения и суицидальных попыток путем лекарственного отравления.

В связи с этим длительность их применения у детей должна быть ограничена 2-3 неделями. При назначении в комбинированной терапии вместе с антидепрессантами предпочтительно назначать их на первые недели терапии до начала эффективного действия антидепрессантов СИОЗС и потом постепенно отменять [42] [47] [61].

### **3.3 Лечение препаратами из группы трициклических антидепрессантов**

**Рекомендуется:** Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) пациентам с установленным диагнозом ГТР из группы трициклических антидепрессантов (код услуги — А25.29.001), при неэффективности терапии СИОЗС и анксиолитиками, для купирования тревоги [2] [42] [56] [72] [73] [74].

**Рекомендуется:** Назначение (код услуги - А25.29.001) - кломипрамин\*\* - класс препарата, код по АТХ классификации: N06AA04, трициклический антидепрессант, у детей применяется с 5 лет для купирования тревоги [2] [42] [56] [72] [73].

Уровень убедительности рекомендаций — С

Уровень достоверности доказательств – 3

**Рекомендуется:** Назначение (код услуги - А25.29.001) - имипрамин\*\* - класс препарата, код по АТХ классификации: N06AA02, трициклический антидепрессант, у детей применяется с 6 лет для купирования тревоги [74].

Уровень убедительности рекомендаций — С

Уровень достоверности доказательств – 3

**Комментарии:** на практике эффективность терапии оценивается клинической выраженностью тревоги, частотой и соматовегетативных симптомов тревожных состояний, степенью социальной дезадаптации и уровнем эффективности лекарственного ответа:

1. Лечение эффективно, эффект полный - полное отсутствие тревоги и соматовегетативных симптомов.

2. Лечение эффективно, эффект частичный – уровень тревоги и соматовегетативные симптомы уменьшились минимум на 50 %.

3. Лечение неэффективно - уровень тревоги и соматовегетативные симптомы практически не изменились.

При проведении лечения психофармакопрепаратами необходимо следить за нежелательными эффектами (седация, сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или диареи, тошнота, головные боли, головокружение, нарушение координации, нарушение концентрации внимания, нарушение памяти, формирование зависимости и толерантности к препаратам и др.) с целью снижения вероятности их развития необходимо проводить оценку психического, соматического, неврологического состояния и лабораторно-инструментальный контроль.

Адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов.

К основным ошибкам медикаментозной терапии относятся

- необоснованные назначения и частая смена препаратов;
- быстрая отмена препаратов без достижения стойкой ремиссии;
- отсутствие контроля нежелательных эффектов;
- недооценка коморбидной симптоматики;
- назначение неадекватных дозы препаратов.

### **3.4 Психотерапия**

**Рекомендуется:** Психотерапия (код услуги – А13.29.001 и А13.29.008.002) В соответствии с биопсихосоциальной концепцией терапии психотерапия является неотъемлемой частью комплексного терапевтического подхода в лечении тревожных расстройств, в том числе ГТР [1] [2] [24] [27] [43] [49] [50] [51] [52] [59] [75] [76].

Уровень убедительности рекомендаций - С

Уровень достоверности доказательств – 3

**Комментарии:** В соответствии с биопсихосоциальной концепцией терапии психотерапия является неотъемлемой частью комплексного терапевтического подхода в лечении ГТР. При начальных симптомах ГТР и в случае слабой выраженности симптоматики психотерапия может быть достаточно эффективной у детей [2] [27] [43] [59] [75].

Наиболее эффективным является персонифицированный психотерапевтический подход с учетом психосоциальных мишеней, выявленных в процессе клинико-психологического обследования [51] [52] [77] [78] [79].

**Рекомендуется:** Индивидуальная и/или групповая когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) (коды услуг - А13.29.008.001 и А13.29.008.002) [2] [27] [43] [59] [75].

Уровень убедительности рекомендаций - С

Уровень достоверности доказательств – 3

**Комментарии:** С учетом большой роли семейных факторов в формировании тревожных состояний у детей в комплексное лечение ГТР необходимо включать семейную психотерапию [14] [15] [16] [17] [27] [43]. Хорошие результаты в детском возрасте получены при использовании методик арт-терапии для снятия эмоционального напряжения, раскрытия внутренних переживаний и психотерапевтической коррекции [27] [43]. Для снятия напряжения и стабилизации соматовегетативных реакций при ГТР обоснованно использовать суггестивные методики, дыхательные ауторенинги и техники мышечной релаксации [27] [43]. Эффективность лечебного психотерапевтического воздействия отмечается при проведении курса не менее 6-10 сеансов. В последующем для закрепления психотерапевтического эффекта и профилактики рецидивов требуется проведение поддерживающих сеансов в течение 6-12 месяцев [27] [43].

#### **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**

Медицинская реабилитация при ГТР должна осуществляться на всех этапах оказания психиатрической помощи. Она направлена на формирование или восстановление биологических, психологических и социальных ресурсов необходимых для реадaptации в повседневной жизни [1] [2] [3] [27] [36] [43] [49] [51] [52] [77] [78].

**Рекомендуется:** Групповая психообразовательная работа (коды услуг - В04.035.006 и В04.035.007) – детям с ГТР и их родственниками с целью улучшения качества жизни, повышения комплаенса, выработки и восстановления эмоциональных навыков взаимодействия в социуме [2] [78].

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 3

**Рекомендуется:** Школа психосоциальной адаптации для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственников (код услуги - В04.035.008) – детям с диагностированным ГТР с целью улучшения качества жизни,



повышения комплаенса, выработки и восстановления эмоциональных навыков взаимодействия в социуме [2] [78].

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 3

**Рекомендуется:** Клинико-психологический тренинг (код услуги - А13.29.020) – детям с диагностированным ГТР с целью улучшения качества жизни, повышения комплаенса, выработки и восстановления эмоциональных навыков взаимодействия в социуме [2] [27] [43] [78].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Комментарий:** Реабилитация должна быть направлена на психосоциальную реадaptацию, психотерапевтическую, психологическую помощь и социальную поддержку в сложных жизненных ситуациях пациентов с ГТР для профилактики рецидивов заболевания.

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

*Специфической профилактики ГТР не выработано.*

*В то же время раннее выявление и своевременно начатое лечение способно значительным образом повлиять на течение ГТР и динамику реабилитации. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 июня 2019 г. № 396н «О внесении изменений в Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н» внесены дополнения, касающиеся проведения в рамках профилактического медосмотра детей осмотр врачом-психиатром декретированных групп. [79] [80].*

**Комментарии:** Первичная профилактика заключается во внедрении среди населения принципов здорового образа жизни, мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья среди детско-подросткового населения, антипропаганда употребления алкоголя и психоактивных веществ, организации психообразовательных мероприятий для родителей и педагогов о рациональных методах воспитания, информирование о признаках тревожных состояний у детей с целью раннего выявления и своевременного обращения за медицинской помощью [2] [3] [36][43] [78] [81] [82].

## **6. Организация оказания медицинской помощи**

Диагностика, лечение, наблюдение, реабилитация детей с ГТР в подавляющем большинстве случаев может осуществляться в амбулаторных условиях либо в условиях дневного стационара. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» родители или законные представители ребенка с шизофренией вправе обращаться за медицинской помощью по месту постоянной регистрации. В случае, если такой возможности нет, они вправе получать помощь в иных медицинских учреждениях, расположенных не по месту их постоянного проживания.

**Показаниями для госпитализации** в стационар детей с ГТР: (1) выраженные проявления тревожного возбуждения с риском причинения вреда окружающим и себе, (2) высокий риск суицида, (3) необходимость дополнительного комплексного обследования и подбора терапии, (4) яркая выраженность симптомов ГТР с социальной дезадаптацией, (5) тяжелая сопутствующая соматическая патология, затрудняющая подбор лечения, (6) проявления резистентности и плохая переносимость терапии, (7) недоступность адекватной амбулаторной помощи по месту жительства.

**Показаниями для выписки из стационара** детей с ГТР являются: устранение рисков суицида, купирование выраженных проявлений тревоги, стабилизация психического и соматического состояния с редукцией патологической симптоматики.

**Комментарий:** Пациенты с ПР не подлежат диспансерному наблюдению ст. 27. Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Психиатрическая и психотерапевтическая помощь оказывается на добровольном принципе в рамках консультативного наблюдения, за исключением случаев предусмотренных ст. 29 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 ...» .

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

Учитывая специфику заболевания, факторами, ухудшающими течение ГТР и прогноз при ГТР считаются, преморбидная минимальная церебральная дефицитарность, генетическая отягощенность психическими расстройствами, соматическая ослабленность, психологическая личностная уязвимость к стрессам, низкий уровень сформированности механизмов психологической адаптации и копинг-стратегий, продолжающиеся стрессовые ситуации в семье, образовательной организации, сфере личного общения (см. п. 1.2. и 2.1.)

**Критерии оценки качества медицинской помощи**

№	Критерий оценки качества	Выполнено / не выполнено
1	Осуществлен сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии (код услуги - А01.29.001)	Да / Нет
2	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского первичный (код услуги - В01.035.003)	Да / Нет
3	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога первичный (код услуги - В01.036.001) детям с подозрением на употребление наркотических или иных психоактивных веществ	Да / Нет
4	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный (код услуги - В01.031.001)	Да / Нет
5	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (код услуги - В01.023.001)	Да / Нет
6	Проведено клинко-психологическое психодиагностическое обследование (код услуги - А13.29.003.001) (в динамике)	Да / Нет
7	Осуществлено назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) – антидепрессантов СИЗС	Да / Нет
8	Осуществлено назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) – анксиолитиков – по показаниям	Да / Нет
9	Осуществлено назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) – трициклических антидепрессанто – по показаниям	Да / Нет
10	Проведена индивидуальная и/или групповая когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ)(коды услуг - А13.29.008.001 и А13.29.008.002)	Да / Нет
11	Проведен клинко-психологический тренинг (тренинг когнитивных способностей, тренинг социальных навыков) (код услуги - А13.29.020)	Да / Нет

№	Критерий оценки качества	Выполнено / не выполнено
12	Проведена групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственниками (коды услуг - В04.035.006 и В04.035.007)	Да / Нет
13	Проведена школа психосоциальной адаптации для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственников (код услуги - В04.035.008)	Да / Нет
14	Осуществляется прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского участкового повторный (код услуги - В01.035.008) (регулярно) не реже 1 раза в год	Да / Нет

## Список литературы

1. Elia BJ. Overview of Anxiety Disorders in Children and Adolescents // Sidney Kimmel Medical College of Thomas Jefferson University. Content last modified Apr 2021. <https://www.medicines.com/topic/pro/>
2. Корабельникова Е.А. Тревожные расстройства у подростков // МС. 2018. №18. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/trevozhnye-rasstroystva-u-podrostkov>
3. Jeffrey R. Strawn, J.R., Lu, L., Peris, T.S., Levine, A. and Walkup, J.T. (2020), Research Review: Pediatric anxiety disorders – what have we learnt in the last 10 years? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2020. – pp. 1–26 doi:10.1111/jcpp.13262.
4. Franić S, Middeldorp CM, Dolan CV, Ligthart L, Boomsma DI. Childhood and adolescent anxiety and depression: beyond heritability // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Aug;49(8):820-9. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.013.
5. Rynn MA, Walkup JT, Compton Scott N, Sakolsky Dara J, Sherrill JT, Shen S, Kendall PC, McCracken J, Albano AM, Piacentini J, Riddle MA, Keeton C, Waslick B, Chrisman A, Iyengar Sa, March JS, Birmaher B. Child/Adolescent anxiety multimodal study: evaluating safety // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Mar;54(3):180-90. doi: 10.1016/j.jaac.2014.12.015. Epub 2014 Dec 31.
6. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders // *American J Psychiatry*. 2001 Oct;158(10):1568-78. doi: 10.1176/appi.ajp.158.10.1568.
7. Gregory AM., Eley TC. Genetic influences on anxiety in children: what we've learned and where we're heading // *Clin Child Family Psychol Rev*. 2007 Sep;10(3):199-212. doi: 10.1007/s10567-007-0022-8.
8. Jarcho JM., Romer AL., Shechner T, Galvan A, Guyer AE., Leibenluft E. & Nelson EE. Forgetting the best when predicting the worst: Preliminary observations on neural circuit function in adolescent social anxiety. *Developmental Cognitive Neuroscience*. 2015 Jun;13:21-31. doi: 10.1016/j.dcn.2015.03.002. Epub 2015 Mar 23.
9. Haddad ADM, Bilderbeck A, James AC, & Lau JYF. Fear responses to safety cues in anxious adolescents: Preliminary evidence for atypical age-associated trajectories of functional neural circuits. *Journal of Psychiatric Research*. 2015 Sep;68:301-8. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.05.009. Epub 2015 May 21.
10. Fu X, Taber-Thomas BC & Perez-Edgar K. Frontolimbic functioning during threat-related attention: Relations to early behavioral inhibition and anxiety in children. *Biological Psychology*. 2017 Jan;122:98-109. doi: 10.1016/j.biopsycho.2015.08.010. Epub 2015 Sep 6.
11. Sotres-Bayon F, David EAE. LeDoux. Interactions in Fear Extinction. Emotional Perseveration: An Update on Prefrontal-Amygdala. *Learn Mem*. Sep-Oct 2004;11(5):525-35. doi: 10.1101/lm.79504.
12. McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR. Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis // *Clin Psychol Rev*. 2007 Mar;27(2):155-72. doi: 10.1016/j.cpr.2006.09.002. Epub 2006 Nov 16.
13. Skendi V, Alikaj V, Spaho E, Suli A. Overprotective parenting and anxiety of children presented at albanian child and adolescent psychiatry clinic//Abstracts of the 21 European Congress of Psychiatry, 6-9 April 2013. Nice, France. December 2013 *European Psychiatry* 28:1. DOI:10.1016/S0924-9338(13)77024-X
14. Hudson JL, Dodd HF, Lynham HJ, & Bovopoulos N. Temperament and family environment in the development of anxiety disorder: Two-year follow-up // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2011 Dec;50(12):1255-64.e1. doi: 10.1016/j.jaac.2011.09.009. Epub 2011 Oct 29.
15. Lebowitz ER, Scharfstein LA & Jones J. Comparing family accommodation in pediatric obsessive-compulsive

- disorder, anxiety disorders, and nonanxious children // *Depression and Anxiety*. 2014 Dec;31(12):1018-25. doi: 10.1002/da.22251. Epub 2014 Feb 22.
16. Beesdo K, Pine, DS, Lieb R & Wittchen HU. Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder // *Archives of General Psychiatry*. 2010 Jan;67(1):47-57. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.177.
  17. Steinsbekk S, Berg-Nielsen TS, Belsky J, Helland EB, Hagenrud M, Raballo A, & Wichstrøm L. Parents' Personality-Disorder Symptoms Predict Children's Symptoms of Anxiety and Depressive Disorders – A Prospective Cohort Study // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2019 Dec;47(12):1931-1943. doi: 10.1007/s10802-019-00568-9.
  18. Lau JYF & Waters AM. Parents' Personality-Disorder Symptoms Predict Children's Symptoms of Anxiety and Depressive Disorders - a Prospective Cohort Study // *J Abnorm Child Psychol*. 2019 Dec;47(12):1931-1943. doi: 10.1007/s10802-019-00568-9.
  19. Сухотина Н.К. Психическое здоровье детей и определяющие его факторы // *Журнал неврологии и психиатрии*. - 2013. - № 2. - С.16–22.
  20. Degenhardt L, Coffey C, Romaniuk H, Swift W, Carlin JB, Hall WD & Patton GC. The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood // *Addiction*. 2013 Jan;108(1):124-33. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.04015.x. Epub 2012 Oct 18.
  21. Livny A, Cohen K, Tik N, Tsarfaty G, Rosca P & Weinstein A. The effects of synthetic cannabinoids (SCs) on brain structure and function // *European Neuropsychopharmacology*. 2018 Sep;28(9):1047-1057. doi: 10.1016/j.euroneuro.2018.07.095. Epub 2018 Aug 3.
  22. Brokamp C, Strawn JR, Beck AF & Ryan P. Pediatric psychiatric emergency department utilization and fine particulate matter: A Case-Crossover Study // *Environmental Health Perspectives*. 2019 Sep;127(9):97006. doi: 10.1289/EHP4815. Epub 2019 Sep
  23. Patel NB, Xu Y, McCandless LC, Chen A, Yolton K, Braun J & Lanphear BP. Very low-level prenatal mercury exposure and behaviors in children: the HOME Study // *Environmental Health: A Global Access Science Source*, (2019). 2019 Jan 9;18(1):4. doi: 10.1186/s12940-018-0443-5.
  24. Гудман Р., Скотт С. *Детская психиатрия*. Москва: Триада-Х, 2008: С. 110-117.
  25. Connolly SD, Bernstein GA; Work Group on Quality Issues. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Feb;46(2):267-83. doi: 10.1097/01.chi.0000246070.23695.06.
  26. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б.- М.: Минздрав России, 1998. - 512 с.
  27. *Детская психиатрия* / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. - Издательство: Спб.: Питер. - 2005. - С. 525-526.
  28. Дмитриева, Т. Б. *Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание* / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова ; отв. ред. Ю. А. Александровский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-6175-4.
  29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. In book: *Encyclopedia of Clinical Psychology* (pp.965-970)
  30. Макаров И.В. *Психиатрия детского возраста// Руководство для врачей*. Под общей редакцией И.В. Макарова. – СПб.: Наука и техника. 2019. С.86-89.
  31. Salum G.A., Desousa D.A., Rosário M.C., Pine D.S., Manfro G.G. Pediatric anxiety disorders: from neuroscience to evidence-based clinical practice // *Rev Bras Psiquiatr*. - 2013. - Vol.35 Suppl 1.- S03-21.
  32. Whitmore MJ, Kim-Spoon J, Ollendick TH. Generalized Anxiety Disorder and Social Anxiety Disorder in Youth: Are they Distinguishable? // *Child Psychiatry Hum*. 2014 Aug;45(4):456-63. doi: 10.1007/s10578-013-0415-5.
  33. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-

- compulsive disorders // *BMC Psychiatry*. 2014;14 Suppl 1(Suppl 1):S1. doi: 10.1186/1471-244X-14-S1-S1. Epub 2014 Jul 2.
34. Савостьянова О. Л. Тревожно-фобические расстройства в детском возрасте (клиника, типология, патогенез). Автореф... дис. на соиск.учен. степ. к.м.н. - Москва. - 2001. - 24 с.
  35. Williams AE, Czyzewsky DI, Self MM, Shulman RJ. Are child anxiety and somatization associated with pain in pain-related functional gastrointestinal disorders? // *J Health Psychol*. 2015 Apr;20(4):369-79. doi: 10.1177/1359105313502564. Epub 2013 Oct 22.
  36. Карауш И.С., Куприянова И.Е. Тревожные расстройства у детей и подростков (обзор литературы) // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. – 2014. - № 2. - С. 28-33. ISSN: 2313-7053
  37. Connolly SD, Bernstein GA; Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Feb;46(2):267-83. doi: 10.1097/01.chi.0000246070.23695.06.
  38. Muris P, Meesters C. Children's somatization symptoms: correlations with trait anxiety, anxiety sensitivity, and learning experiences // *Psychol Rep*. 2004 Jun;94(3 Pt 2):1269-75. doi: 10.2466/pr0.94.3c.1269-1275.
  39. Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике // *Российский медицинский журнал*. – 2004. - №22. - С. 1277
  40. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия: Введение в практику. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. 624 с.
  41. Weissman MM, Wickramaratne P, Warner V, et al.: Assessing psychiatric disorders in children: discrepancies between mothers' and children's reports // *Arch Gen Psychiatry*. 1987. Aug;44(8):747-53. doi: 10.1001/archpsyc.1987.01800200075011.
  42. Караваева Т.А. Критерии и алгоритм диагностики генерализованного тревожного расстройства / Т. А.Караваева, А. В. Васильева, С. В. Полтораки и др. // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. – 2015. – № 3. – С. 124–130.
  43. Гурьева В. А. Психогенные расстройства у детей и подростков. - М. - 1996. - 207 с.
  44. Ромицина Е.Е. Сравнительный анализ тестов тревожности (на материале детей и подростков) // *Сибирский психологический журнал*. 2004. - № 20. - стр.120-128.
  45. Ipser JC, Stein DJ, Hawkrigde S, et al. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2009. (3):CD005170. doi: 10.1002/14651858.CD005170.pub2
  46. Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR. Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A review of the past 10 Years // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996 Sep;35(9):1110-9. doi: 10.1097/00004583-199609000-00008.
  47. Bandelow B., Zohar J., Hollander E., Kasper S., Moller H.J. Рекомендации Всемирной Федерации Сообществ Биологической Психиатрии (WFSBP) по фармакотерапии тревоги, обсессивно-компульсивного и посттравматического расстройств // *Современная терапия психических расстройств*. – 2011. – № 3. – С. 33–40. ISSN: 2306-4137
  48. Zwanzger P. Pharmacotherapy of Anxiety Disorders / P. Zwanzger // *Fortschr. Neurol. Psychiatr*. – 2016. – Vol. 84 (5). – P. 306–314. doi: 10.1055/s-0042-106764.
  49. Заваденко Н.Н. Тревожные расстройства в практике педиатра и детского невролога // *РМЖ*. – 2020. - №1. С. 1–8.
  50. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V // *Psychiatr Clin North Am*. 2009 Sep;32(3):483-524. doi: 10.1016/j.psc.2009.06.002.
  51. Vallance AK, Fernandez V. Anxiety disorders in children and adolescents: aetiology, diagnosis and treatment // *BJPsych Advances*. 2016. 22(5):335-344. DOI:10.1192/apt.bp.114.014183.
  52. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL. Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment // *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:311-41. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628.

53. Strawn JR, Welge JA, Wehry AM, et al. Efficacy and tolerability of antidepressants in pediatric anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis // *Depress Anxiety* 2015 Mar;32(3):149-57. doi: 10.1002/da.22329. Epub 2014 Nov 28.
54. Jakubovski E, Johnson JA, Nasir M, Müller-Vahl K, Bloch MH. Systematic review and meta-analysis: Dose-response curve of SSRIs and SNRIs in anxiety disorders // *Depress. Anxiety.* – 2019. – Vol. 36 (3). – P. 198–212. 2019 Mar;36(3):198-212. doi: 10.1002/da.22854. Epub 2018 Nov 26.
55. Locher C, Koechlin H, Zion SR, Werner C, Pine DS, Kirsch I & Kossowsky, J. Efficacy and safety of selective serotonin reuptake inhibitors, serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, and placebo in common psychiatric disorders a meta-analysis in children and adolescents // *JAMA Psychiatry.* 2017 Oct 1;74(10):1011-1020. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2432.
56. Varigonda AL, Jakubovski E & Bloch MH. Systematic review and meta-analysis: Early treatment responses of selective serotonin reuptake inhibitors and clomipramine in pediatric obsessive-compulsive disorder // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2016 Oct;55(10):851-859.e2. doi: 10.1016/j.jaac.2016.07.768. Epub 2016 Aug 4.
57. Compton S, Grant P, Chrisman A, Gammon P, Brown V, March J: Sertraline in children and adolescents with social anxiety disorder: an open trial. // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001 May;40(5):564-71. doi: 10.1097/00004583-200105000-00016.
58. Rynn MA, Siqueland L, Rickels K: Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of children with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry.* 2001 Dec;158(12):2008-14. doi: 10.1176/appi.ajp.158.12.2008.
59. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety // *N Engl J Med.* – 2008. – 359:2753-2766. doi: 10.1056/NEJMoa0804633
60. Cheer SM, Figgitt DP. Fluvoxamine: a review of its therapeutic potential in the management of anxiety disorders in children and adolescents // *Paediatr Drugs.* 2001. - 3(10):763-81. doi: 10.2165/00128072-200103100-00004.
61. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина в клинической практике) / под ред. С. Н. Мосолова. – М.: Политическая мысль, 2012. – 1080 с.
62. Neutel CI, Patten SB. Risk of suicide attempts after benzodiazepine and/or antidepressant use // *Ann Epidemiol.* 1997 Nov;7(8):568-74. doi: 10.1016/s1047-2797(97)00126-9.
63. Brent DA, Emslie GJ, Clarke GN, Asarnow J, Spirito A, Ritz L. & Keller MB. Predictors of spontaneous and systematically assessed suicidal adverse events in the treatment of SSRI-resistant depression in adolescents (TORDIA) study // *American Journal of Psychiatry.* 2009 Apr;166(4):418-26. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08070976. Epub 2009 Feb 17.
64. Offidani E, Guidi J, Tomba E, Fava GA. Efficacy and tolerability of benzodiazepines versus antidepressants in anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis // *Psychotherapy and Psychosomatics.* 2013;82(6):355-62. doi: 10.1159/000353198. Epub 2013 Sep 20.
65. Graae, F., Milner, J., Rizzotto, L., & Klein, R.G. Clonazepam in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* Mar-Apr 1994;33(3):372-6. doi: 10.1097/00004583-199403000-00011.
66. Soumerai SB, Simoni-Wastila L, Singer C, Mah C, Gao X, Salzman C, Ross-Degnan D. 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 Jul;54(7):1006-11. doi: 10.1176/appi.ps.54.7.1006.
67. Onyett S. R. The benzodiazepine withdrawal syndrome and its management // *J R Coll Gen Pract.* 1989 Apr;39(321):160-3. PMID: 2576073
68. Michelini S; Cassano G. B., Frare F., Perugi G. Long-term use of benzodiazepines: tolerance, dependence and clinical problems in anxiety and mood disorders (англ.) // *Pharmacopsychiatry.* 1996 Jul;29(4):127-34. doi: 10.1055/s-2007-979558.

69. Nathan RG, Robinson D, Cherek DR, Davison S, Sebastian S, Hack M. Long-term benzodiazepine use and depression // *American Journal of Psychiatry*. 1985 Jan;142(1):144-5. PMID 2857068
70. Barker M. J., Greenwood K. M., Jackson M., Crowe S. F. Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis // *Drugs* 2004;18(1):37-48. doi: 10.2165/00023210-200418010-00004.
71. Golombok S, Moodley P, Lader M. Cognitive impairment in long-term benzodiazepine users // *Psychol Med*. 1988 May;18(2):365-74. doi: 10.1017/s0033291700007911.
72. Berney T, Kolvin I, Bhate SR, Garside RF, Jeans J, Kay B & Scarth L. School phobia: A therapeutic trial with clomipramine and short-term outcome // *British Journal of Psychiatry*. 1981 Feb;138:110-8. doi: 10.1192/bjp.138.2.110. da Costa, C.Z.G., de
73. Morais RMCB, Zanetta DM., Turkiewicz G, Neto FL, Morikawa M & Asbahr FR. Comparison among clomipramine, fluoxetine, and placebo for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents // *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2013 Dec;23(10):687-92. doi: 10.1089/cap.2012.0110.
74. Klein RG, Koplewicz HS & Kanner A. Imipramine treatment of children with separation anxiety disorder // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1992 Jan;31(1):21-8. doi: 10.1097/00004583-199201000-00005.
75. Brent DA, Porta G, Rozenman M, et al. Brief behavioral therapy for pediatric anxiety and depression in primary care: A follow-up // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019. 59(7):856-867. doi: 10.1016/j.jaac.2019.06.009
76. Pavlova TS, Kholmogorova AB. Psychological factors of social anxiety in Russian adolescents // *Psychology in Russia: State of the Art*. 2017. 10(2):179-191. DOI:10.11621/pir.2017.0212
77. Павлова Т. С. Психологические факторы социальной тревожности в детском и подростковом возрасте // автореф. ... к.п.н. – М. – 2014. - 179 с.
78. Anxiety disorders in children // *The Anxiety Disorders Association of America (ADAA)* (рекомендации пациентам). <https://adaa.org/sites/default/files/>
79. March JS, Parker JD, Sullivan K, Stallings P, Conners CK. The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Apr;36(4):554-65. doi: 10.1097/00004583-199704000-00019.
80. Семакина Н.В., Злоказова М.В. Анализ результатов скрининг-анкетирования подростков при проведении профилактических психиатрических осмотров // В сборнике: Психиатрическая наука в истории и перспективе. Материалы Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Научного центра психического здоровья. - 2019. - С. 281-285.
81. Злоказова М.В., Семакина Н.В. Профилактика пограничных психических расстройств и нарушений поведения у подростков в общеобразовательной школе // *Медицинский вестник МВД*. – 2021. - № 4 (113). – С. 14-16.
82. Katzman et al.: Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. // *BMC Psychiatry*. 2014;14 Suppl 1(Suppl 1): S1.doi: 10.1186/1471-244X-14-S1-S1. Epub 2014 Jul 2.



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

Бадмаева Валентина Доржиевна – доктор медицинских наук, руководитель отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, сокращённо ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России.

Дозорцева Елена Георгиевна – доктор психологических наук, профессор, главный научный сотрудник, и.о. руководителя лаборатории психологии детского и подросткового возраста отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, сокращённо ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России.

Злоказова Марина Владимировна – доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист-психиатр Приволжского федерального округа, заведующий кафедрой психиатрии им. В.И. Багаева, Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Макушкин Евгений Вадимович – доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист-психиатр Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российской Федерации, заместитель генерального директора по научной работе Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, сокращённо ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России

Пережогин Лев Олегович – доктор медицинских наук, руководитель отделения социальной психиатрии детей и подростков ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. Член РОП.

Семакина Надежда Витальевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии имени В.И. Багаева Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Конфликт интересов:

Все члены Рабочей группы заявили об отсутствии конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

Специалисты, имеющие высшее медицинское образование по следующим специальностям:

- Психиатрия (врачи-психиатры, врачи-психиатры детские, врачи-психиатры подростковые, врачи-психиатры детские участковые, врачи-психиатры подростковые участковые, психотерапевты детские).

Специалисты с высшим профессиональным (немедицинским) образованием:

- Медицинские (клинические) психологи.

**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**

**Законодательные и подзаконные акты, регламентирующие оказание помощи при шизофрении**

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
3. Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (Утвержден Приказом Минздрава РФ № 566н от 17.05.2012 г.);
4. Приказ Минздрава РФ от 31.12.2002 № 420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений».

Информация по показаниям к применению и противопоказаниям, способам применения и дозам лекарственных препаратов находится в открытом доступе на сайте Государственного реестра лекарственных средств [grls.rosminzdrav.ru](http://grls.rosminzdrav.ru)

**Рекомендуемые препараты**

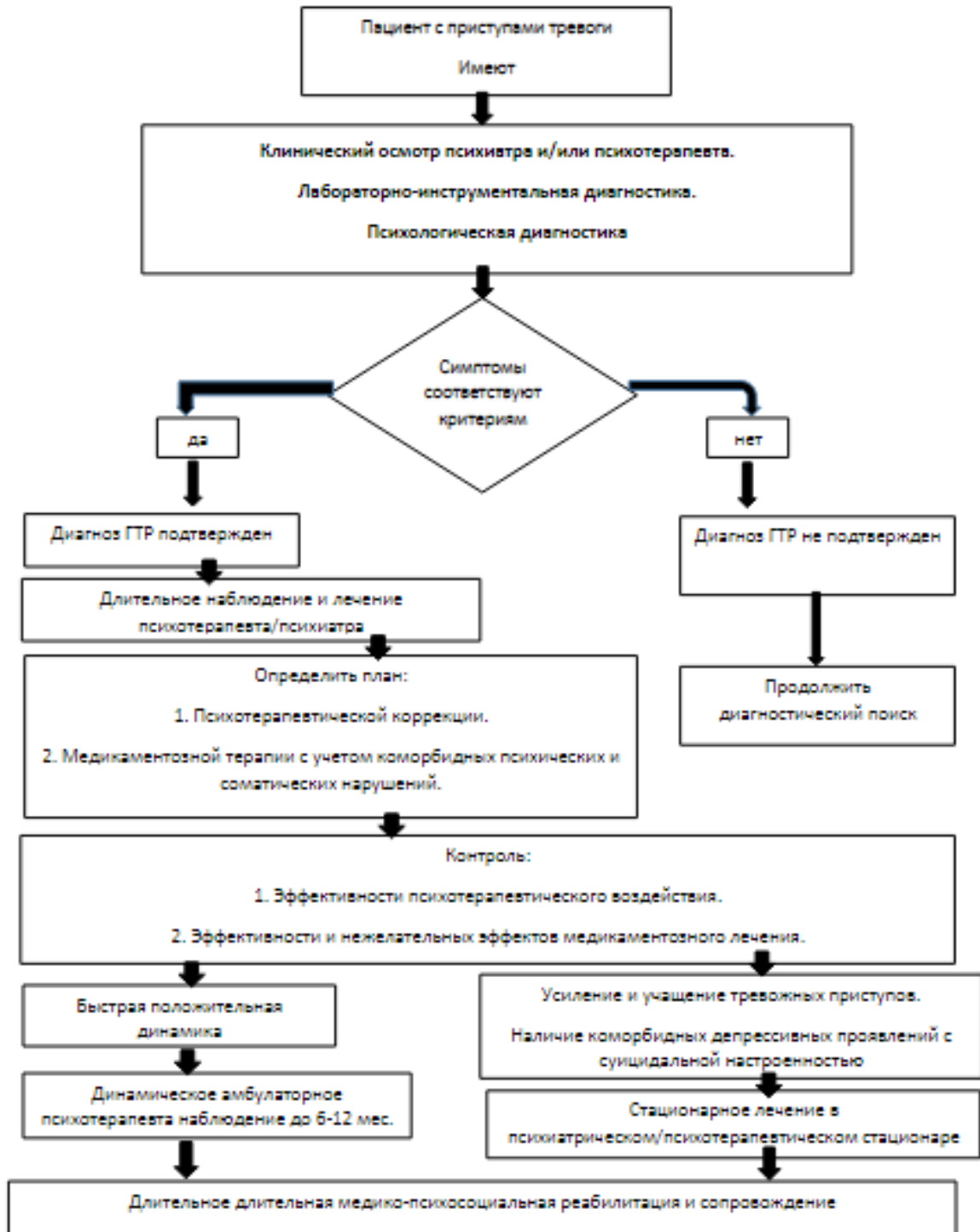
Препарат	Рекомендуемая доза с 18 лет (мг/сут)	Использование в детском возрасте до 18 лет (мг/сут)	Уровень убедительности	Уровень достоверности
<b>СИОЗС</b>				
#Сертралин**	50-200	С 6–12 лет: 25-50 С 12 лет: 50-150	С	3
#Флувоксамин	50-150	С 8 лет: 50-100	С	3
<b>Антидепрессанты из других групп</b>				
Кломипрамин**	75-150	С 12 лет: 25-50	С	3
Имипрамин**	50-100	С 12 лет: 25-50	С	3
<b>Бензодиазепины</b>				
Клоназепам**	0,5-2	С 12 лет: 0,5-1	С	3
Диазепам**	10-20	С 14 лет: 5-10	С	3
<b>Небензодиазепиновые транквилизаторы</b>				
Гидроксизин	25-100	С 6 лет: 25-50 С 15 лет: 50-100	С	3

**Примечание:** пациентам с установленным диагнозом ПР препараты имеющие возрастные ограничения и при отсутствии ссылки на показание к назначению при ПР и/или тревожных расстройствах в инструкции рекомендуется назначать обоснованно через врачебную комиссию.

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача

### Алгоритм действия врача

#### Алгоритм ведения пациента с генерализованным тревожным расстройством (ГТР)



## **Приложение В. Информация для пациента**

К факторам, способствующим обострению симптоматики ГТР (усиление тревоги и коморбидной депрессивной симптоматики, учащение тревожных состояний и соматовегетативных симптомов) и затяжному течению, относятся предикторы:

- **биологические:** генетические, нейрофизиологические и резидуально-органическая дефицитарность;
- **психологические:** сниженный адаптационный потенциал в связи с личностными особенностями с повышенной уязвимостью к стрессовым ситуациям, ригидностью и иррациональными психологическими защитами, регрессивными стратегиями поведения в стрессовых ситуациях, неадекватной (чаще заниженной) самооценкой, искаженной мотивацией на получение медицинской помощи у пациента и/или родителей;
- **социальные:** устойчивые не корригируемые дисгармоничные модели воспитания и внутрисемейные взаимоотношения, сохраняющаяся стрессогенная обстановка.

### **Информация о ГТР для пациента и родственников**

#### *Что такое ГТР?*

Это тревожное расстройство, характеризующееся появлением чувства тревоги по несущественным причинам или без причин, которая часто сопровождается соматовегетативными симптомами (сердцебиением, болями в животе, рвотой, отрыжкой, головной болью, потливостью, беспокойством и др.).

#### *Каковы основные симптомы ГТР?*

Необоснованное чувство тревоги, затруднение дыхания, головокружение, головные боли, боль в груди или в животе, сухость во рту, «ком» в горле, страх умереть, нарушения сна, мышечное напряжение и пр.

Для ГТР характерно постоянное чувство тревоги и напряжения, не связанное с жизненными обстоятельствами, трудностями, сложными жизненными ситуациями, стрессами.

#### *Диагностика ГТР.*

Обычно диагноз тревожного расстройства устанавливается после исключения всех болезней, при которых могут наблюдаться похожие симптомы. Предварительный диагноз может поставить врач общей практики, педиатр, врач-невропатолог.

Постановкой диагноза и основной клинической диагностикой, и лечением занимается врач-психотерапевт, психиатр.

#### *Лечение ГТР*

Включает психотерапию и назначение лекарственных препаратов, снижающих чувство тревоги.

Психотерапия может проводиться индивидуально и/или в группе, а также следует включать семейную психотерапию.

*Психотерапия* проводится с использованием различных методик, помогающих:

- правильно оценивать ситуацию и достигать расслабления во время приступа тревоги,
- овладеть правилам поведения в различных ситуациях;
- приобрести уверенность в своих силах справиться со стрессовыми ситуациями и др.

*В медикаментозной терапии* применяются различные средства, воздействующие на тревогу (антидепрессанты, транквилизаторы).

Медикаментозное лечение – назначение, коррекция терапии, отмена препаратов осуществляется только врачом-психиатром или психотерапевтом.

#### *Дополнительная информация*

Помимо профессиональной помощи психиатров, психотерапевтов и медицинских (клинических) психологов в терапии и профилактике ГТР существенную роль играет: образ жизни человека (режим сна и бодрствования, питания, физической активности, исключение употребления психоактивных веществ, алкоголя, никотин- и кофеинсодержащих препаратов, др.); проведение терапии согласно выбранного плана лечения.

Комплексная терапия с обязательным применением психотерапии, психологической коррекции, социальной поддержкой при необходимости медикаментозным лечением поможет вернуться к нормальной жизни без постоянной тревоги, положительно отразится на психическом самочувствии и позволит снизить вероятность развития хронической тревожности.

## Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

### Приложение Г1. Многомерная оценка детской тревожности (МОДТ)

Название на русском языке - Многомерная оценка детской тревожности (МОДТ)

Оригинальное название - Многомерная оценка детской тревожности (МОДТ)

Источник

1. Малкова (Ромицына) Е.Е. Основные этапы и процедура создания методики «» (МОДТ) Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2009. № 83. С. 119-133.
2. Малкова Е.Е. Тревожность и развитие личности: Монография. – СПб. : изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2013. – 268 с.
3. Малкова Е.Е. Многомерная психологическая диагностика детской тревожности // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. Моногра. / Науч. Ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – СПб. : Скифия-принт, 2014. - С. 114 – 137.

Тип (подчеркнуть):

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

**Назначение:** Методика представляет собой клинически апробированный опросник, предназначенный как для экспресс-диагностики, так и для структурной диагностики расстройств тревожного спектра у детей и подростков. Разработан в 2007 году в НИПНИ им. Бехтерева Е.Е. Малковой (Ромицыной) под руководством профессора Л.И. Вассермана.

**Содержание** (шаблон): Опросник содержит в себе 10 шкал:

1. *Общая тревожность.* Оценивается общий уровень тревожных переживаний ребенка в последнее время, связанных с особенностями его самооценки, уверенности в себе и оценкой перспективы.
2. *Тревога во взаимоотношениях со сверстниками.* Результаты шкалы отражают уровень тревожных переживаний, обусловленных проблемными взаимоотношениями с другими детьми и подростками.
3. *Тревога, связанная с оценкой окружающих.* Определяет уровень специфической тревожной ориентации ребенка на мнение других в оценке своих результатов, поступков и мыслей, уровень тревоги по поводу оценок, даваемых окружающими, в связи с ожиданием негативных оценок с их стороны.
4. *Тревога в отношениях с учителями.* Шкала регистрирует уровень тревожных переживаний, обусловленных взаимоотношениями с педагогами в школе и влияющих на успешность обучения ребенка.
5. *Тревога в отношениях с родителями.* Определяется уровень тревожных переживаний, обусловленных проблемными взаимоотношениями с взрослыми,



выполняющими родительские функции, а также характера тревожного реагирования ребенка в связи с родительским отношением и оценкой его родителями.

6. *Тревога, связанная с успешностью в обучении.* Дается оценка уровня тревожных опасений ребенка, оказывающих непосредственное влияние на развитие у него потребности в успехе, достижении высокого результата и т.п.
7. *Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения.* Результаты по шкале отражают уровень тревожных переживаний ребенка в ситуациях, сопряженных с необходимостью самораскрытия, предъявления себя другим, демонстрации своих возможностей.
8. *Тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний.* Шкала отражает уровень тревоги ребенка в ситуациях проверки (особенно – публичной) его знаний, достижений, возможностей.
9. *Снижение психической активности, обусловленное тревогой.* Шкала определяет уровень реагирования на тревожный фактор среды признаками астении, оказывающей влияние на приспособляемость ребенка к ситуациям стрессогенного характера.
10. *Повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой.* Шкала отражает уровень выраженности психовегетативных реакций в ответ на тревожный фактор среды, свидетельствующих об особенностях психовегетативной реактивности в эмоциональной и поведенческой сферах, особенно в ситуациях стрессогенного характера.

#### **Области оценки и их критерии:**

Каждая из 10 шкал может принимать одно из четырёх значений:

- «отрицание тревоги или слабая ее выраженность, которая, в свою очередь, может иметь и защитный, неосознаваемый характер»
- «нормативный уровень тревожности, способствующий оптимальной адаптации индивида»
- «повышенный уровень тревожности, дестабилизирующий психоэмоциональное состояние индивида в определенных ситуациях; субклинический уровень».
- «крайне высокий уровень тревожности, носящей генерализованный характер и дезорганизирующий деятельность ребенка вплоть до клинических проявлений»

#### **Текст вопросника**

1. Часто ли ты чувствуешь себя обеспокоенным и взволнованным?
2. Часто ли твои одноклассники смеются над тобой, когда вы играете в разные игры?
3. Стараешься ли ты избегать игр, в которых делается выбор, только потому, что тебя могут не выбрать?
4. Как ты думаешь, теряют ли симпатии учителей те из учеников, которые не справляются с учебной работой?
5. Можешь ли ты свободно говорить с родителями о вещах, которые тебя беспокоят?
6. Трудно ли тебе учиться не хуже других ребят?
7. Боишься ли ты вступать в спор?
8. Волнуешься ли ты, когда учитель говорит, что собирается проверить, насколько ты знаешь материал?
9. Часто ли ты чувствуешь себя усталым?
10. Сказывается ли на желудке твое волнение?
11. Когда вечером ты лежишь в постели, часто ли ты испытываешь беспокойство по поводу того, что будет завтра?
12. Часто ли у тебя возникает ощущение, что никто из твоих одноклассников не хочет делать того, что хочешь делать ты?
13. Кажется ли тебе, что окружающие часто недооценивают тебя?
14. Доволен ли ты тем, как к тебе относятся учителя?
15. Можешь ли ты обратиться со своими проблемами к близким, не испытывая страха, что тебе будет хуже?
16. Часто ли тебе ставят более низкую оценку, чем ты ожидал?
17. Часто ли ты боишься выглядеть нелепо?
18. Обычно ты волнуешься при ответе или выполнении контрольных заданий?
19. Чувствуешь ли ты себя бодрым после отдыха?
20. Случается ли тебе попадать в такие ситуации, когда ты чувствуешь, что твое сердце вот-вот остановится?
21. Часто ли тебя что-то мучает, а что - не можешь понять?
22. Часто ли ты чувствуешь себя не таким, как большинство твоих одноклассников?
23. Часто ли ты боишься, что тебе не о чем будет говорить, когда кто-то начинает с тобой разговор?
24. Обладают ли способные ученики какими-то особыми правами, которых нет у других ребят в классе?
25. Кажется ли тебе иногда, что никто из родителей тебя хорошо не понимает?
26. Часто ли твои одноклассники смеются над тобой, когда ты делаешь ошибки?

27. Обычно тебя волнует то, что думают о тебе окружающие?
28. Выполнив задание, беспокоишься ли ты о том, хорошо ли с ним справился?
29. Чувствуешь ли ты себя хуже от волнений и ожидания неприятностей?
30. Случается ли, что ты испытываешь кожный зуд и покалывание, когда волнуешься?
31. Часто ли ты волнуешься из-за того, что, как выясняется позже, не имеет никакого значения?
32. Верно ли, что большинство ребят относится к тебе по-дружески?
33. Испытываешь ли ты стеснение, находясь среди малознакомых людей?
34. Волнуешься ли ты, когда учитель просит остаться после уроков и поработать с ним индивидуально?
35. Когда у тебя плохое настроение, советуют ли тебе твои родители успокоиться и отвлечься?
36. Когда ты получаешь хорошие отметки, думает ли кто-нибудь из твоих друзей, что ты хочешь выделиться?
37. Часто ли, отвечая на уроке, ты переживаешь о том, что думают о тебе в это время другие?
38. Мечтаешь ли ты о том, чтобы поменьше волноваться, когда тебя спрашивают?
39. Часто ли у тебя болит голова после напряженного дня?
40. Бывает ли у тебя сильное сердцебиение в тревожных для тебя ситуациях?
41. Часто ли ты чувствуешь неуверенность в себе?
42. Нравится ли тебе тот одноклассник, к которому другие ребята относятся лучше всех?
43. Обычно ты боишься невольно обидеть других людей своими случайно сказанными словами или поведением?
44. Боишься ли ты критики со стороны учителя?
45. Начинают ли твои родители сердиться и возмущаться по поводу любого пустяка, совершенного тобой?
46. Надеешься ли ты в будущем учиться лучше, чем теперь?
47. Часто ли одноклассники смеются над твоей внешностью и поведением?
48. Бывает ли так, что, отвечая перед классом, ты начинаешь заикаться и не можешь ясно произнести ни одного слова?
49. Трудно ли тебе вставать по утрам вовремя?
50. Бывают ли у тебя внезапные чувства жара или озноба?
51. Трудно ли тебе сосредоточиться на чем-то одном?
52. Верно ли, что большинство твоих одноклассников не обращают на тебя внимания?

53. Часто ли ты, услышав смех, чувствуешь себя задетым и думаешь, что смеются над тобой?
54. Легко ли учителю привести тебя в замешательство своим неожиданным вопросом?
55. Часто ли твои родители интересуются тем, что тебя волнует и чего ты хочешь?
56. Боишься ли ты не справиться со своей работой?
57. Часто ли ты упрекаешь себя в том, что не используешь многие свои способности?
58. Обычно ты спишь спокойно накануне контрольной или экзамена?
59. Легко ли ты засыпаешь вечером?
60. Кажется ли тебе иногда, что твое сердце бьется неравномерно?
61. Часто ли тебе снятся страшные сны?
62. Считаешь ли ты, что одеваешься в школу так же хорошо, как и твои одноклассники?
63. Боишься ли ты потерять симпатии других людей?
64. Считаешь ли ты, что педагоги относятся к тебе несправедливо?
65. Всегда ли родители с пониманием выслушивают твои взгляды и мнения?
66. Можешь ли ты быть очень настойчивым, если хочешь добиться определенной цели?
67. Трудно ли тебе писать, если при этом кто-то смотрит на твои руки?
68. Часто ли ты получаешь низкую оценку, хорошо зная материал только из-за того, что волнуешься и теряешься при ответе?
69. Часто ли ты сердишься по мелочам?
70. Бывает ли так, что при волнении у тебя появляются красные пятна на шее и на лице?
71. Часто ли ты испытываешь страх в тех ситуациях, когда точно знаешь, что тебе ничто не угрожает?
72. Злятся ли некоторые из твоих одноклассников, когда тебе удастся быть лучше их?
73. Обычно тебе безразлично, что думают о тебе другие?
74. Боишься ли ты, что тебя могут вызвать к директору?
75. Если ты сделаешь что-нибудь не так, будут ли твои родители постоянно и везде говорить об этом?
76. Снится ли тебе иногда, что ты в школе и не можешь ответить на вопрос учителя?
77. Нравится ли тебе быть первым, чтобы другие тебе подражали и следовали бы за тобой?
78. Если ты не можешь ответить, когда тебя спрашивают, чувствуешь ли ты, что вот-вот расплачешься?

79. Часто ли тебе приходится дома доделывать задания, которые ты не успел выполнить в классе?
80. Бывает ли тебе трудно дышать из-за волнения?
81. Боишься ли ты оставаться дома один?
82. Мешает ли тебе твоя застенчивость подружиться с тем, с кем хотелось бы?
83. Часто ли бывает, что тебе кажется, будто окружающие смотрят на тебя, как на никчемного и ненужного человека?
84. «Холодеет» ли у тебя все внутри, когда учитель делает тебе замечание?
85. Бывает ли тебе обидно, когда твое мнение не совпадает с мнением твоих родителей, а они категорически настаивают на своем?
86. Часто ли тебе снится, что твои одноклассники могут сделать то, что не можешь ты?
87. Боишься ли ты, что тебя неправильно поймут, когда ты захочешь что-то сказать?
88. Часто ли бывает такое, что у тебя слегка дрожит рука при выполнении контрольных заданий?
89. Легко ли тебе расплакаться из-за ерунды?
90. Боишься ли ты, что тебе вдруг станет дурно в классе?
91. Страшно ли тебе оставаться одному в темной комнате?
92. Доволен ли ты тем, как к тебе относятся одноклассники?
93. Трудно ли тебе получать такие отметки, каких ждут от тебя окружающие?
94. Снится ли тебе временами, что учитель в ярости из-за того, что ты не знаешь урок?
95. Чувствуешь ли ты себя никому не нужным каждый раз после ссоры с родителями?
96. Сильно ли ты переживаешь по поводу замечаний и отметок, которые тебя не удовлетворяют?
97. Дрожит ли слегка твоя рука, когда учитель просит сделать задание на доске перед всем классом?
98. Беспokoишься ли ты по дороге в школу, что учитель может дать классу проверочную работу?
99. Часто ли ты получаешь более низкую оценку, чем мог бы получить из-за того, что не успел чего-то сделать?
100. Потееют ли у тебя руки и ноги при волнении?

#### Процедура проведения

---

Опросник рассчитан на детей и подростков школьного возраста (от 8 до 18 лет). Помимо использования данного опросника в заявленном возрастном диапазоне, особенности построения методики многомерной оценки детской тревожности допускают в исключительных случаях возможность работы с детьми 6-7 лет, а также с детьми любого

возраста, не имеющими физической возможности самостоятельно заполнить опросник. В этом случае предполагается использование формы стандартного интервью, в ходе которого опросник заполняет экспериментатор (иногда с помощью родителей).

Испытуемому предъявляется инструкция в устной или письменной форме, текст опросника и бланк для регистрации ответов. Время заполнения бланка не ограничивается, однако, испытуемому предлагается отвечать на вопросы по возможности быстро, не обдумывая. Как показывает опыт, выполнение заданий опросника является простым, доступным детям в возрасте от 7 до 18 лет и длится от 20 до 30 минут. Кроме того, возможным представляется его использование как в индивидуальной работе, так и при массовых исследованиях. Испытуемый (или помогающий ему взрослый) в соответствии с инструкцией фиксирует на регистрационном бланке свои ответы на каждый из 100 вопросов.

Использование методики целесообразно при оценке динамики эмоциональных нарушений у детей с нервно-психическими и психосоматическими расстройствами в стационарной и амбулаторной практике, особенно - для уточнения и содержательной квалификации задач для проведения психокоррекционных мероприятий с «трудными» и «проблемными» детьми.

К ограничениям в использовании опросника можно отнести, прежде всего, возраст испытуемых младше 7 и старше 18 лет, а также низкую степень понимания смысла вопросов при отчетливом снижении интеллекта и наличие выраженных установок на симуляцию или диссимуляцию у испытуемого.

### **Ключ (интерперетация):**

#### **Подсчёт сырых баллов**

Подсчёт сырых баллов производится путём простого математического суммирования результатов ответов на все пункты, принадлежащие каждой шкале (на бланке ответов пункты специально распределены таким образом, что каждый столбец соответствует одной шкале). Часть пунктов интерпретируется в обратных значениях:

<b>Шкала</b>	<b>Прямые утверждения</b>	<b>Обратные утверждения</b>
<b>Общая тревожность</b>	1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, 91	
<b>Тревога во взаимоотношениях со сверстниками</b>	2, 12, 22, 52, 72, 82	32, 42, 62, 92
<b>Тревога в связи с оценкой окружающих</b>	3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 83, 93	73
<b>Тревога во взаимоотношениях с учителями</b>	4, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, 94	14
<b>Тревога во взаимоотношениях с родителями</b>	25, 45, 75, 85, 95	5, 15, 35, 55, 65
<b>Тревога, связанная с успешностью в обучении</b>	6, 16, 26, 36, 46, 56, 76, 86, 96	66
<b>Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения</b>	7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 87, 97	77
<b>Тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний</b>	8, 18, 28, 38, 48, 68, 78, 88, 98	58

<b>Снижение психической активности, связанное с тревогой</b>	9, 29, 39, 49, 69, 79, 89, 99	19, 59
<b>Повышение вегетативной реактивности, связанное с тревогой</b>	10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100	

Поскольку ответы производятся по принципу Да / Нет, а каждая шкала содержит по 10 пунктов, то максимальное значение сырых баллов по каждой шкале - 10, минимальное - 0.

Отнесение испытуемого к той или иной группе может быть произведено на основании сравнения с нормативными показателями соответствующей выборки.

Таблица нормативных показателей

#### Стандартизованные оценки для девочек 7-10 лет (N=62)

Шкала	M±σ	Стандартизованные оценки			
		Низкие	Средние	Высокие	Крайне высокие
1	5,40 ± 2,60	0-2	3-7	8-9	10
2	4,45 ± 2,36	0-2	3-6	7-8	9-10
3	5,55 ± 2,55	0-3	4-8	9	10
4	5,52 ± 2,00	0-3	4-7	8	9-10
5	4,69 ± 2,02	0-2	3-6	7-8	9-10
6	5,16 ± 2,15	0-2	3-7	8	9-10
7	5,60 ± 2,49	0-3	4-8	9	10
8	6,03 ± 2,39	0-3	4-8	9	10
9	5,27 ± 2,33	0-2	3-7	8	9-10
10	4,94 ± 2,44	0-2	3-7	8	9-10

#### Стандартизованные оценки для девочек 11-12 лет (N=119)

Шкала	M±σ	Стандартизованные оценки			
		Низкие	Средние	Высокие	Крайне высокие
1	4,18 ± 2,42	0-1	2-6	7-8	9-10
2	3,74 ± 2,29	0-1	2-6	7	8-10
3	4,65 ± 2,33	0-2	3-6	7-8	9-10
4	4,18 ± 2,26	0-1	2-6	7-8	9-10
5	4,03 ± 2,23	0-1	2-6	7	8-10
6	3,96 ± 2,01	0-1	2-5	6-7	8-10
7	4,61 ± 2,14	0-2	3-6	7-8	9-10
8	4,79 ± 2,50	0-2	3-7	8-9	10
9	4,00 ± 2,27	0-1	2-6	7	8-10

10	3,69 ± 2,32	0-1	2-6	7	8-10
----	-------------	-----	-----	---	------

**Стандартизованные оценки для девочек 13-14 лет (N=181)**

Шкала	M±σ	Стандартизованные оценки			
		Низкие	Средние	Высокие	Крайне высокие
1	3,40 ± 2,16	0-1	2-5	6-7	8-10
2	3,56 ± 2,25	0-1	2-5	6-7	8-10
3	4,68 ± 2,33	0-2	3-7	8	9-10
4	3,67 ± 2,25	0-1	2-5	6-7	8-10
5	4,21 ± 2,62	0-1	2-6	7-8	9-10
6	3,44 ± 1,82	0-1	2-5	6	7-10
7	3,94 ± 1,91	0-1	2-5	6-7	8-10
8	4,48 ± 2,44	0-1	2-6	7-8	9-10
9	4,59 ± 2,10	0-2	3-6	7-8	9-10
10	3,47 ± 2,10	0-1	2-5	6-7	8-10

**Стандартизованные оценки для девочек 15-17 лет (N=106)**

Шкала	M±σ	Стандартизованные оценки			
		Низкие	Средние	Высокие	Крайне высокие
1	3,32 ± 2,31	0-1	2-5	6-7	8-10
2	3,29 ± 2,02	0-1	2-5	6-7	8-10
3	4,17 ± 2,42	0-1	2-6	7-8	9-10
4	3,51 ± 2,00	0-1	2-5	6-7	8-10
5	4,42 ± 2,33	0-1	2-6	7-8	9-10
6	3,27 ± 1,66	0-1	2-4	5-6	7-10
7	3,65 ± 2,18	0-1	2-5	6-7	8-10
8	4,18 ± 2,53	0-1	2-6	7-8	9-10
9	4,61 ± 2,16	0-2	3-6	7-8	9-10
10	3,88 ± 2,22	0-1	2-6	7-8	9-10

**Стандартизованные оценки для мальчиков 7-10 лет (N=89)**

Шкала	M±σ	Стандартизованные оценки			
		Низкие	Средние	Высокие	Крайне высокие
1	4,13 ± 2,40	0-1	2-6	7-8	9-10
2	3,89 ± 2,15	0-1	2-6	7-8	9-10



3	4,61 ± 1,87	0-2	3-6	7-8	9-10
4	4,51 ± 2,10	0-2	3-6	7-8	9-10
5	4,12 ± 1,94	0-2	3-6	7	8-10
6	4,18 ± 1,87	0-2	3-6	7	8-10
7	4,09 ± 2,11	0-2	3-6	7-8	9-10
8	5,00 ± 2,40	0-2	3-7	8-9	10
9	4,35 ± 2,16	0-2	3-6	7-8	9-10
10	3,81 ± 2,58	0-1	2-6	7-8	9-10

**Стандартизованные оценки для мальчиков 11-12 лет (N=111)**

Шкала	M±σ	Стандартизованные оценки			
		Низкие	Средние	Высокие	Крайне высокие
1	2,97 ± 2,37	0-1	2-5	6-7	8-10
2	3,67 ± 1,97	0-1	2-5	6-7	8-10
3	4,17 ± 2,50	0-1	2-6	7-8	9-10
4	3,96 ± 2,10	0-1	2-6	7-8	9-10
5	3,80 ± 2,00	0-1	2-5	6-7	8-10
6	3,95 ± 1,53	0-2	3-5	6-7	8-10
7	3,87 ± 2,20	0-1	2-6	7-8	9-10
8	4,13 ± 2,33	0-1	2-6	7-8	9-10
9	3,50 ± 1,97	0-1	2-5	6-7	8-10
10	2,72 ± 2,29	0-1	2-5	6-7	8-10

**Стандартизованные оценки для мальчиков 13-14 лет (N=151)**

Шкала	M±σ	Стандартизованные оценки			
		Низкие	Средние	Высокие	Крайне высокие
1	2,74 ± 2,17	0-1	2-4	5-7	8-10
2	3,54 ± 2,14	0-1	2-5	6-7	8-10
3	4,17 ± 2,21	0-1	2-6	7-8	9-10
4	3,79 ± 2,26	0-1	2-6	7-8	9-10
5	4,38 ± 2,33	0-2	3-6	7-8	9-10
6	3,81 ± 2,00	0-1	2-5	6-7	8-10
7	3,76 ± 2,15	0-1	2-5	6-8	9-10
8	4,00 ± 2,31	0-1	2-6	7-8	9-10
9	3,85 ± 1,99	0-1	2-5	6-7	8-10

10	2,59 ± 2,02	0-1	2-4	5-6	7-10
----	-------------	-----	-----	-----	------

**Стандартизованные оценки для мальчиков 15-17 лет (N= 81)**

Шкала	M±σ	Стандартизованные оценки			
		Низкие	Средние	Высокие	Крайне высокие
1	2,46 ± 2,07	0	1-4	5-6	7-10
2	3,16 ± 2,04	0-1	2-5	6-7	8-10
3	3,65 ± 2,27	0-1	2-5	6-8	9-10
4	3,09 ± 2,11	0-1	2-5	6-7	8-10
5	4,64 ± 2,15	0-2	3-6	7-9	10
6	3,18 ± 1,94	0-1	2-5	6-7	8-10
7	3,15 ± 1,98	0-1	2-5	6-7	8-10
8	3,13 ± 2,17	0-1	2-5	6-7	8-10
9	3,85 ± 1,70	0-2	3-5	6-7	8-10
10	2,64 ± 1,87	0	1-4	5-6	7-10