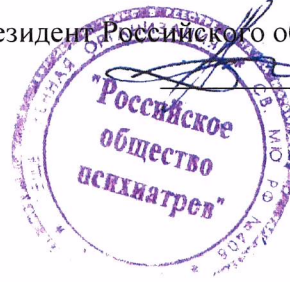


УТВЕРЖДАЮ

Президент Российского общества психиатров

Н.Г. Незнанов

18 октября 2024 г.



Клинические рекомендации

Тревожно-фобические расстройства

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **F40**

Возрастная группа: взрослые

Год утверждения: **2024**

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество психиатров

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений	5
Термины и определения	6
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....	8
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	10
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).....	10
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	11
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	11
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	16
2.1 Жалобы и анамнез	19
2.2 Физикальное обследование.....	21
2.3 Лабораторные диагностические исследования	22
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	24
2.5. Иные диагностические исследования	25
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	30
3.1 Психофармакотерапия	32
3.2 Психотерапия	40
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	50

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	51
6. Организация оказания медицинской помощи.....	55
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	56
Критерии оценки качества медицинской помощи	58
Список литературы	59
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	89
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	91
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	93
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	95
Алгоритмы терапии пациентов с ТФР	96
Алгоритм профилактики и ведения пациентов с синдромом отмены приема антидепрессантов (СОПА)	98
Приложение В. Информация для пациента	99
Приложение Г1-Г19. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях	101
Приложение Г1. Шкала М. Гамильтона для оценки тревоги.....	101
Приложение Г2. Опросник выраженности психопатологической симптоматики	105
Приложение Г3. Интегративный тест тревожности – ИТТ.....	114
Приложение Г4. Методика оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина.....	120
Приложение Г5. Шкала тревоги А. Бека.....	125
Приложение Г6. Шкала самооценки тревоги Д. Шихана.....	127
Приложение Г7. Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI).....	129
Приложение Г8. Ich Struktur Test nach G.Ammon – методика «Я-структурный тест» Г. Аммона (1978) (ISTA).....	130

Приложение Г9. Методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК).....	131
Приложение Г10. «Personal Beliefs Test» (KassinoveH., BergerA., 1988) - Опросник для исследования личностных убеждений.....	132
Приложение Г11. Life Style Index – методика «Индекс жизненного стиля» (LSI).....	133
Приложение Г12. Стратегии совладающего поведения (СПП).	134
Приложение Г13. Мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne decision making questionnaire, – MDMQ	135
Приложение Г14. Опросник невротической личности KON-2006	136
Приложение Г15. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25).....	138
Приложение Г16. Шкала социальной тревожности Либовица	139
Приложение Г17. Краткая шкала страха негативной оценки	142
Приложение Г18. Опросник гелотофобии	144
Приложение Г19. Шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale, CGI).....	146

Список сокращений

- ИТТ - интегративный тест тревожности
- МКБ – международная классификация болезней
- РКИ – рандомизированные клинические исследования
- СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- ТФР – тревожно-фобические расстройства
- УДД – уровень достоверности доказательств
- УУР – уровень убедительности рекомендаций
- BAI – ((Eng.) The Beck Anxiety Inventory) Шкала тревоги Бека
- CGI – ((Eng.) Clinical global impression scale) Шкала общего клинического впечатления
- COPE ((Eng.) Coping) – методика совладающего поведения
- HARS ((Eng.) The Hamilton Anxiety Rating Scale)-Шкала тревоги Гамильтона
- ИП ((Eng.) Inventory of Interpersonal Problems) – Опросник для исследования межличностных проблем
- ISTA ((Germ.) Ich Struktur Test nach G.Ammon) - Методика «Я-структурный тест» Г. Аммона, И. Бурбиль
- LSI ((Eng.) Life style index) - методика «Индекс жизненного стиля»
- MDMQ ((Eng.) Melbourne decision making questionnaire) - Мельбурнский опросник принятия решений
- MMPI ((Eng.) Minnesota Multihasic Personality Inventory) - Стандартизованный клинический личностный опросник
- MPS ((Eng.) Multidimensional perfectionism scale) – Многомерная шкала перфекционизма
- SCL-90-R ((Eng.) Symptom Check List-90- Revised) - Опросник выраженности психопатологической симптоматики
- ShARS ((Eng.) Sheehan Anxiety Scale) – шкала тревоги Шихана
- STAI ((Eng.) State-Trait Anxiety Inventory) – Шкала тревоги Спилбергера-Ханина
- ** – препарат входит в список «Жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты»
- # - в инструкции по применению не указано данное заболевание или расстройство
- ТЦА – трициклические антидепрессанты (N06AA неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов)

Термины и определения

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.

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

Фобия — симптом, сутью которого является иррациональный неконтролируемый страх или устойчивое переживание излишней тревоги в определённых ситуациях или в присутствии (ожидании) некоего известного объекта, характерной чертой также является предметность, направленность страха на тот или иной объект, его сюжетность и фабулированность.

Изолированная (специфическая) фобия – навязчивый страх конкретных строго ограниченных ситуаций или предметов.

Агорафобия происходит от греческого корня «агора», означающего место строения, строение, рынок; вторая часть – «фобос» значит страх, ужас. Впервые этот термин был применен Westphal (1871) для описания «невозможности пройти по определенным улицам или площадям, или возможность выполнить это только в состоянии страшнейшей тревоги». В настоящее время агорафобия используется для обозначения страха перед выходом на улицу, площадь, в общественные места, магазины, транспорт, «вовне».

Социальная фобия – выраженный страх одной или нескольких ситуаций, связанных с действиями в присутствии других людей и/или страх предполагаемой негативной оценки (критики, насмешки) со стороны других в относительно малых группах, но не толпе. Это состояние отличается от обычной «застенчивости» тем, что приводит к серьезным нарушениям в жизни субъекта. Социальные ситуации, вызывающие тревогу, избегаются пациентом, или переживаются в состоянии дистресса, при этом он понимает, что его страх избыточен и нерационален. Избегающее поведение и тревожность приводят к значительному функциональному ухудшению. В МКБ-10 этот диагноз кодируется шифром F 40.1.

Тревожность – устойчивая индивидуальная психологическая особенность, отражающая предрасположенность индивида испытывать беспокойство в различных

ситуациях, в том числе ожидание неблагоприятного исхода в относительно нейтральных, не содержащих реальной угрозы ситуациях.

Застенчивость – психологический феномен, не имеющий четкого определения и представляющий собой тревогу и дискомфорт в социальных ситуациях, в особенности в случаях, включающих оценку авторитетными фигурами, дискомфорт и торможение в интерперсональных ситуациях, и страх негативной оценки.

Социальная тревожность – тревожность, триггером для которой служат разного рода ситуации социального взаимодействия. Понятие социальной тревожности включает в себя целый ряд явлений – от наиболее мягкой формы – застенчивости до клинического расстройства – социальная фобия или тревожное (уклоняющиеся) расстройство личности.

Социальное тревожное расстройство – расстройство, основанное на страхе негативной оценки со стороны окружающих, термин, которым планируется заменить диагноз МКБ-10 – «социальная фобия» в МКБ 11 (шифр 6B04)

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

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

Тревожно-фобические расстройства (ТФР) – группа расстройств, в клинической картине которых преобладает предметная тревога, страх определенных ситуаций или объектов (внешних по отношению к субъекту), не представляющих реальной опасности. В результате, больной старается избегать таких ситуаций, или вынужден, оказавшись в них, преодолевать чувство страха. Как правило, переживая страх в провоцирующей обстановке, ситуации, пациенты пытаются сопротивляться ему, ослаблять его интенсивность, искать способы борьбы с ним, используя различные приемы и отвлечения. [1,2,3,4,161].

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

Среди факторов риска развития ТФР выделяют:

- психологические факторы – общая негативная аффективность, склонность к переживанию негативных эмоций и тревожная сенситивность. С раннего детства проявляются личностные особенности в виде робости и боязливости, повышенной впечатлительности, нерешительности.

Имеются данные о связи социальных фобий с биологическими особенностями, темпераментом; когнитивным стилем; системой воспитания; опытом отношений со сверстниками, в референтной группе такие лица чувствовали себя неуютно, незащищенно, отличались обидчивостью, плаксивостью, плохой переносимостью критики, шуток, насмешек, особенно со стороны значимых лиц; неблагоприятными жизненными событиями; культуральными особенностями. Высокий уровень социальной тревожности связывают с недостатком социальных навыков и негативной самооценкой [2,5,6,7].

- социальные факторы – наличие психотравмирующих событий в детстве (эмоциональная депривация или смерть одного из родителей). Кроме того, пациенты с тревожно-фобическими расстройствами указывают как на дефицит эмоционального тепла, так и на гиперпротекцию в семейном анамнезе. В исследованиях показана связь между типом привязанности ребенка к его родителям и социальной тревожностью. Сформированный в раннем детстве тип привязанности детерминирует базовое чувство безопасности и влияет на восприятие интерперсональных отношений и формирование

глубинных убеждений индивида о себе и окружающем мире, создает предпосылки для недоверия, беспокойства. Амбивалентная привязанность возникает в результате непредсказуемого противоречивого поведения значимого лица, осуществляющего уход. Избегающий тип привязанности формируется вследствие игнорирования эмоциональных потребностей и личностных качеств ребенка в отношениях с лицом, осуществляющим уход. К примеру, родители реагируют возмущением, когда ребенок «не оправдывает их ожиданий», обижаются на отказные ответы детей.

Высокий уровень социальной тревожности связан также с гиперопекающим, интрузивным типом поведения матери. А также ее развитию способствует неблагоприятный социальный опыт, включающий запугивание, отвержение, издевательства и пренебрежение. Пациенты с социальной тревожностью склонны к т.н. «безопасному» поведению – сосредоточены на прогнозировании возможного ущерба, постоянному избеганию возможных неприятных ситуаций, что в свою очередь не способствует преодолению тревоги. «Поведенческое торможение» является одним из ранних показателей социальной тревожности, которая в дальнейшем может перейти в определенные личностные качества (низкая экстраверсия и высокий невротизм) и развитие дезадаптивных когнитивных схем [2,6,7,8,9,10].

- когнитивная модель основана на информационной модели человеческой психики и изучении дисфункциональных убеждений пациентов с ТФР относительно себя, окружающего мира и поведения других людей. А «безопасное» избегающее поведение не позволяет пациентам с фобиями усомниться в своем искаженном восприятии [2,6,8,11].

- генетические и физиологические факторы – ТФР относятся к полигенным мультифакторным заболеваниям, активно ведется изучение генетических полиморфизмов (множества генетических вариантов), отвечающих за манифестацию ТФР. Влияние генетических факторов различно для специфических фобий и составляет в среднем 35-45%, лишь для агорафобии, которая является наиболее наследуемой формой фобий, этот показатель составляет 61%. Исследования близнецов показали, что социальная тревога имеет наследственную основу, общую с невротизмом и экстраверсией, но генетические исследования еще не продемонстрировали доказательных вариантов риска. Современные нейробиологические исследования указывают на заинтересованность некоторых базальных ганглиев миндалевидно-гиппокампального комплекса, верхней височной борозды, префронтальной и теменной коры, дорсального стриатума. В качестве биомаркеров рассматривается изменение количества белого вещества мозга в определенных мозговых трактах, отвечающих за познавательные функции и аффективную регуляцию. Однако

большинство исследований подчеркивает, что в развитии ТФР имеет значение сочетание генетических и средовых факторов, роль каждого из которых и их соотношение не всегда очевидны [13,14,15,16,17,18,19,20,21].

- имеются исследования, подтверждающие роль воспаления в развитии нарушений, отмечались повышенные концентрации воспалительных маркеров, в том числе цитокинов и С-реактивного белка, которые связывают с активацией стрессовой реакции центральных и периферических иммунных клеток, высвобождением цитокинов [22].

- социальная тревожность дополнительно характеризуется повышенной реакцией кортизола и более низким уровнем тестостерона. Эти нейроэндокринные изменения связаны с функционированием связей в области амигдала-префронтальная кора [10].

- специфический патогенез тревожно-фобических расстройств в настоящее время недостаточно изучен и считается схожим с таковым при паническом расстройстве с большим удельным весом значения условно-рефлекторных связей, определяющих манифестацию симптоматики в определенных ситуациях.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

ТФР встречаются с частотой 5-12%. Большинство фобических расстройств, кроме социальных фобий, чаще встречается у женщин. Соотношение женщин и мужчин при агорафобии – 4:1; при социальных фобиях – 1:1; при специфических (изолированных) фобиях 2:1. Распространенность в течение жизни (% населения) агорафобии– 1,6%; социальных фобий – 3-13%. специфических (изолированных) фобий – 7,2-11,3%. Информация о распространенности ТФР в России отсутствует, но диагноз ТФР ставится значительно реже, чем в зарубежных странах [252,253]. Среди специфических фобий наиболее распространены страхи высоты и животных. Хотя специфические фобии часто начинаются в детском возрасте, их частота достигает пика в среднем и пожилом возрасте. Фобии сохраняются в течение нескольких лет или даже десятилетий в 10-30% случаев и являются предиктором возникновения других расстройств: тревоги, настроения и употребления психоактивных веществ [4,23,24,25,26,27,28,29].

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

F40 – Фобические тревожные расстройства

F40.0 – Агорафобия

- .00 – без панического расстройства
- .01 – с паническим расстройством
- F40.1 – Социальные фобии
- F40.2 – Специфические (изолированные) фобии
- F40.8 – Другие фобические тревожные расстройства
- F40.9 – Фобическое тревожное расстройство неуточненное

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Классификация тревожно-фобических расстройств

1. Агорафобия
2. Социальные фобии
3. Специфические фобии
 - 1) Животных (например, страх насекомых, собак)
 - 2) Естественных природных сил (например, страх ураганов, воды)
 - 3) Крови, инъекций, травм (например, игл, медицинских процедур)
 - 4) Ситуаций (например, страх самолетов, лифтов, помещений)
 - 5) Другой тип фобий [29,30,31,32]

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

В клинической картине ТФР преобладает боязнь определенных ситуаций или объектов (внешних по отношению к субъекту), не представляющих реальной опасности. В результате больной избегает таких ситуаций или переносит их, преодолевая чувство страха.

Фобическая тревога:

- физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги;
- может варьировать по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса;
- не уменьшается от сознания того, что другие люди не считают данную ситуацию столь опасной или угрожающей;
- даже представление о попадании в фобическую ситуацию обычно вызывает антиципационную тревогу [1,2,29,33,34,35].

Тревога ожидания, мысли о столкновении с фобическим стимулом могут приводить к нарушениям сна, когда у пациентов развиваются трудности засыпания и поддержания сна из-за тревожных руминаций, эти нарушения могут усугубляться по мере приближения времени конфронтации с пугающей ситуацией.

К наиболее частым типам тревожно-фобических расстройств относят агорафобию. Это довольно хорошо очерченная группа фобий, включающая боязнь остаться без какой-либо помощи вне дома, в толпе, общественных местах, в одиночестве, при переездах, в транспорте, метро, поездах, автобусе, самолете, на мостах и др. Несмотря на то, что интенсивность тревоги и выраженность избегающего поведения различны, это наиболее дезадаптирующее из фобических расстройств, приковывающее некоторых пациентов к дому, поскольку они подчас не могут выходить на улицу из-за страхов. В некоторых случаях им это удается в сопровождении близких, которых они считают надежными в ситуации, когда может понадобиться помощь. У лиц с преобладанием истероидного радикала в личностной организации симптоматика может носить демонстративный, манипулятивный характер, заставляя окружающих выполнять желания и капризы пациента. При агорафобии тревога ограничена следующим ситуациями: толпа, общественные места, передвижения вне дома, путешествие в одиночестве. Избегание фобических ситуаций значительно выражено, вплоть до полного отказа. Пациент в полной мере осознает содержание своего страха, попытки пересилить себя обычно или не дают результата или переносятся с большим дискомфортом. В некоторых случаях пациент реализует компромиссное поведение, например, при необходимости передвижения выбирает не общественный транспорт, а такси, при страхе общественных мест, стремится покупать продукты не в больших супермаркетах, а в маленьких магазинах [1,2,29,36,37,38,39,40,41,161].

Другой частой формой тревожно-фобического расстройства являются социальные фобии, представляющие одну из форм нарушения межперсонального взаимодействия. Условно выделяется две формы социальной тревоги:

1. Генерализованная социофобия – пациент боится всех социальных ситуаций, социум оказывает всестороннее влияние, являясь постоянным источником тревожного напряжения и неуверенности в себе. Протекает тяжело, лечение осложнено.

2. Специфическая (изолированная) социофобия – в этом случае пациент реагирует только на определенные социальные ситуации. Протекает более мягко, лечение проходит достаточно успешно.

Страх внимания, негативной оценки со стороны других людей в большинстве случаев носит иррациональный характер и формируется часто в подростковом возрасте, когда негативная обратная связь и комментарии со стороны окружающих воспринимаются особенно остро. Пациент боится, в случае попадания в центр внимания, подвергнуться насмешкам, критике осуждению, быть униженным, не оправдать чужие ожидания,

негативной реакции со стороны окружающих и фиксирован на этом. Даже в ситуациях, когда другие люди объективно не обращают на него внимание, кажется, что взгляды прикованы к нему и оценка его поведения или внешности исключительно негативная, презрительная или насмешливая. Индивид испытывает тревогу в социальных ситуациях при совпадении двух условий: 1) высокой мотивации произвести нужное (определенное), чаще положительное, впечатление на окружающих; 2) наличии сомнений в том, что это достижимо. К основным ситуациям, актуализирующим социофобические переживания у пациентов с социальными фобиями, относятся: необходимость поддержать разговор; публичное выступление; участие в театральных постановках и самодеятельности; знакомство; встречи с противоположным полом; игра в оркестре, пение в хоре; общение с начальством; прием посетителей; принятие пищи дома в присутствии других людей, даже членов семьи; выполнение работы при посторонних; медицинское обследование; использование общественного туалета и т.д. Основными темами социофобических переживаний этих пациентов являются следующие: «люди считают меня плохим», «моя внешность кажется окружающим непривлекательной», «окружающие считают меня глупым», «я смешно и нелепо выгляжу, хожу, разговариваю», «я не оправдаю ожидания значимых мне людей», «я неинтересный человек», «я неотзывчивый, безответственный, несамостоятельный, тревожный, слабый, безынициативный», «у меня ничего не получится», и т.д. Тревога у пациента с социальными фобиями может достигать такого уровня интенсивности, что провоцирует вторичные когнитивные и соматические симптомы. К наиболее распространенным вторичным когнитивным проявлениям социофобической симптоматики относятся: «пустота» в голове; неспособность сконцентрироваться; ощущение, что мысли невозможно контролировать, «сумбур в голове»; «навязчивое проигрывание» ситуации; завышенные требования к себе; сосредоточенность на контроле своего поведения.

Данное расстройство одинаково часто возникает у мужчин и у женщин. Кроме страха оказаться просто в центре внимания нередко встречается страх повести себя не так, не справиться с заданием, совершить смешной или глупый поступок, сказать нелепость, быть осмеянным. На фоне тревожных переживаний возникают вегетативные симптомы, которые еще больше усугубляют состояние пациента. Частыми симптомами являются покраснение лица (что может формировать специфический страх покраснения на публике – эрейтофобию), шеи, дрожание рук, голоса, потливость, ощущение дурноты, головокружение. Пациенту кажется, что окружающие в подробностях замечают и негативно оценивают все его соматовегетативные проявления тревоги и это усиливает

беспокойство, возникает замкнутый круг. Среди симптомов также отмечается урчание в животе, тошнота, страх рвоты, позывы или страх мочеиспускания или дефекации. Страх может быть изолированным (например, только страх приема пищи в присутствии других людей, публичных выступлений, встреч с определенным кругом знакомых) или генерализованным, включающим почти все социальные ситуации вне семейного круга. Очевидно, что в таком случае возникает существенное нарушение социального функционирования, мешающее строить личные отношения, общаться, учиться, заниматься профессиональной деятельностью. При самых выраженных проявлениях формируется социальная изоляция. Появление симптомов тревоги возникает только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх, или при мыслях о них. Перед триггерной ситуацией, социальным взаимодействием пациенты с социальной фобией представляют в деталях все то, что им кажется может произойти. Вслед за этим возникает тревога, их сознание переполняется образами прошлых неудач, негативными представлениями о себе, предчувствиями о возможных провалах и отвержениях. Подобные размышления приводят к избеганию ситуации межперсонального взаимодействия. Если же социальное событие все же произошло, пациенты с социальной фобией анализируют его малейшие детали, акцентируясь на тех, которые подтверждают негативную схему, таким образом, событие всегда воспринимается более негативно, чем оно было на самом деле. Обычно формированию социальной фобии предшествует низкий уровень социальных навыков, заниженная самооценка и боязнь критики. В анамнезе у таких пациентов нередко можно встретить неудачный опыт взаимоотношений в школьном коллективе, отвержение сверстниками, издёвки со стороны педагогов. В родительских семьях также отношение к ребенку способствует формированию заниженных представлений о себе [1,2,29,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,161,162].

В качестве третьей большой группы тревожно-фобических расстройств выделяют специфические (изолированные) фобии – психопатологические расстройства, характеризующиеся наличием страха относительно определенного объекта или действия. Часто страх ассоциирован с конкретным объектом, являвшимся причиной реальной или воображаемой опасности в прошлом. Роль пускового механизма при специфической фобии выполняет изолированная ситуация, попадание в нее может вызвать ужас, панику, как при агорафобии или социальной фобии. В момент страха отмечаются яркие вегетативные проявления. Соответственно формируется выраженное избегание таких ситуаций. Необходимо отметить, что страх носит иррациональный характер и не соответствует реальной опасности объекта или ситуации. Определяется значительное эмоциональное

беспокойство из-за симптомов или из-за стремления избежать ситуаций, при этом присутствует критика, понимание, что фобические переживания чрезмерны или необоснованы. Страх фобических объектов не обнаруживает тенденции к колебаниям интенсивности, в противоположность агорафобии. Объекты страха иногда появляются в тревожных, кошмарных сновидениях. Выделяют страх объекта (например, животного, насекомого) и страх определенной ситуации (например, высоты, грома, темноты, закрытого пространства, рвоты, мочеиспускания или дефекации, употребления определенных пищевых продуктов, лечения зубов, вида крови или травмы) с необходимостью их избегать. К этой же диагностической категории относятся и нозофобии - страх заболеть, чаще всего это остановка сердца, онкологическое заболевание, инсульт, лучевая болезнь, венерические инфекции, синдром приобретенного иммунодефицита, гепатит С и другие. Специфические (изолированные) фобии чаще возникают в детстве или юношеском возрасте и могут существовать десятилетиями. Снижение адаптации зависит от того, насколько легко больной может избегать фобической ситуации. Для достоверного диагноза необходимо убедиться, что психологические или вегетативные симптомы являются первичными проявлениями тревоги, а не вторичными по отношению к другим симптомам, таким как бред или навязчивые мысли; тревога должна ограничиваться определенным объектом или ситуацией; фобическая ситуация избегается, всегда, когда только это возможно [1,2,29,55,56,57,58,59,60,61,62,63].

Принятие критерия, что фобический объект или ситуация являются внешними по отношению к субъекту, подразумевает, что многие страхи наличия какого-либо заболевания (нозофобия) или уродства (дисморфофобия) теперь классифицируются в рубрике F45.2 (ипохондрическое расстройство). Однако если страх заболевания возникает и повторяется, главным образом, при возможном соприкосновении с инфекцией или загрязнении или является просто страхом медицинских процедур (инъекций, операций и т.д.), либо медицинских учреждений (стоматологических кабинетов, больниц и т.д.), в этом случае подходящей будет рубрика F40.0 (обычно – F40.2, специфические (изолированные) фобии) [1,2,29,32].

Часто фобическая тревожность и депрессия возникают одновременно. Решение о постановке двух диагнозов (тревожно-фобическое расстройство и депрессивный эпизод) или только одного принимают с учетом степени преобладания одного расстройства над другим, а также последовательности их возникновения. Если критерии для депрессивного расстройства существовали еще до того, как впервые появились фобические симптомы, тогда первое расстройство диагностируют как основное [1,2,29,32].

К тревожно-фобическим расстройствам в качестве коморбидных нарушений часто присоединяются панические расстройства, депрессивные расстройства, нарушения пищевого поведения, обсессивно-компульсивные расстройства, суицидальное поведение [1,2,29,64,65,66,67,68,69,70,71]. В связи с частым использованием алкоголя и седативных препаратов с анксиолитической целью нередко при ТФР пациенты могут злоупотреблять ими, повышается риск развития алкогольной зависимости и зависимости от седативных препаратов. [1,2,29,64,67,68,161,162,163]

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

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

F40 Фобические тревожные расстройства:

F40.0 Агорафобия.

А. Отчетливый и постоянно появляющийся страх, по меньшей мере, в двух из следующих ситуаций, или их избегание:

1. толпы;
2. публичных мест;
3. путешествия в одиночку;
4. передвижения вне дома.

Б. С начала заболевания хотя бы в одном случае должны быть представлены одновременно не менее чем два симптома тревоги в пугающих ситуациях, причем один из них должен относиться к пунктам 1-4 нижеследующего списка:

Вегетативные симптомы:

1. сильное или учащенное сердцебиение;
2. потливость;
3. дрожание или тремор;
4. сухость во рту (но не из-за лекарств или обезвоживания);

Симптомы, относящиеся к телу:

5. затруднения дыхания;
6. чувство удушья;
7. дискомфорт или боли в грудной клетке;

8. тошнота или неприятное ощущение в животе (например, жжение в желудке);

Симптомы, относящиеся к психическому состоянию:

9. чувство головокружения, неустойчивости, обморочности;
10. чувство, что предметы нереальны (дереализация), или что собственное Я отделилось или «по-настоящему находится не здесь» (деперсонализация);
11. страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти;
12. страх умереть;

Общие симптомы:

13. приливы или чувство озноба;
14. онемение или ощущение покалывания.

В. Значительный эмоциональный дистресс из-за стремления избежать ситуации или симптомов тревоги, при этом больной осознает, что они чрезмерны или необоснованы.

Г. Появление симптомов тревоги только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх или при мыслях о них.

Д. Наиболее часто употребляемые критерии исключения. Страх или избегание ситуаций (критерий А) не определяется бредом, галлюцинациями или другими расстройствами, такими как органическое психическое расстройство (F00-F09), шизофрения и связанные с ней расстройства (F20- F29), аффективные расстройства (F30-F39), или обсессивно-компульсивные расстройства (F42), и не вытекают из культуральных верований и традиций. Наличие или отсутствие панических расстройств (F41.0) в большинстве случаев агорафобии могут быть дополнительно определены с использованием пятого знака:

F40.00 без панического расстройства

F40.01 с паническим расстройством

Варианты для оценки тяжести

Тяжесть в F40.00 может оцениваться указанием на степень избегания пугающих ситуаций, принимая во внимание специфические культуральные условия. Тяжесть в F 40.01 может оцениваться путем подсчета приступов паники.

F40.1 Социальные фобии

А. Должен присутствовать один из следующих признаков:

1. выраженный страх оказаться в центре внимания или страх повести себя так, что это вызовет смущение или унижение;
2. выраженное избегание пребывания в центре внимания или ситуаций, связанных со страхом повести себя так, что это вызовет смущение или унижение.

Эти страхи проявляются в социальных ситуациях, таких как прием пищи или общение в общественных местах, случайная встреча знакомых лиц на публике, пребывание в небольших группах (например, на вечеринках, собраниях, в классной комнате).

Б. В то или иное время после начала расстройства должны обнаруживаться минимум два симптома тревоги в пугающих ситуациях, как это определяется критерием Б в F40, а также один из следующих симптомов:

1. покраснение и «дрожь»;
2. страх рвоты;
3. позывы или страх мочеиспускания или дефекации.

В. Выраженное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или стремления избежать ситуаций и осознание, что беспокойство чрезмерное или необоснованное.

Г. Появление симптомов тревоги только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх, или мысли о них.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы, перечисленные в критериях А и Б не обусловлены бредом, галлюцинациями или другими расстройствами, такими как органическое психическое расстройство (F00-F09), шизофрения и связанные с ней расстройства (F20-F29), (аффективные) расстройства настроения (F30-F39) или обсессивно-компульсивное расстройство (F42.), и не являются вторичными по отношению к культуральным верованиям и традициям.

F40.2 Специфические (изолированные) фобии.

А Любой из следующих признаков:

- 1) выраженный страх специфических предметов или ситуаций, не относящихся к агорафобии (F40.0) или социальной фобии (F40.1),
- 2) выраженное избегание специфических предметов или ситуаций, не относящихся к агорафобии (F40.0) или социальной фобии (F40.1).

Среди наиболее обычных — страх животных, птиц, насекомых, высоты, грома, полета, маленьких замкнутых пространств, вида крови или ран, инъекций, стоматологов, больниц.

Б. Симптомы тревоги в пугающих ситуациях, как они определены критерием Б в F40.0, должны проявляться в то или иное время с начала заболевания.

В. Значительное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или из-за стремления избежать ситуаций и осознание, что они чрезмерны или не обоснованы.

Г. Появление симптомов тревоги только в ситуациях, вызывающих страх, или при мыслях о них.

- При желании специфические фобии могут быть подразделены следующим образом:
- животных (например, страх насекомых, собак)
 - естественных природных сил (например, страх ураганов, воды);
 - крови, инъекций, травм;
 - ситуаций (например, страх лифтов, туннелей)
 - другой тип фобий.

2.1 Жалобы и анамнез

Основные жалобы: тревога, фобии, страх смерти (танатофобия), страх остановки сердца, страх инсульта, страх конкретного заболевания, страх сойти с ума (потерять контроль над собой), страх открытых пространств, страх оказаться в беспомощном состоянии, страх в социальных ситуациях, страх межличностного общения, страх внимания со стороны окружающих, изолированные страхи в конкретных ситуациях, соматовегетативные нарушения, ограничительное (избегающее) поведение [6,14].

- Всем пациентам с ТФР рекомендовано проведение осмотра (консультации) врача-психиатра / врача-психотерапевта с проведением развернутого клинико-психопатологического обследования (включая сбор анамнеза, оценку суицидального риска, выраженность фобических проявлений и ограничительного поведения) [1,2,3,4,29,36,40,41,161].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)

- При опросе всех пациентов с жалобами на тревогу, страхи в рамках первичного осмотра врача-психиатра (В01.035.001) / врача-психотерапевта (В01.034.001), **рекомендуется** выявлять связь приступов тревоги с конкретными ситуациями, не вызывающими реальной опасности с целью верификации диагноза [1,2,3,4,29,36,40,41,161].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)

- При сборе анамнеза и проведения клинического интервью, в рамках первичного осмотра врача-психиатра (В01.035.001) / врача-психотерапевта (В01.034.001) у

всех пациентов с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, **рекомендуется** установить наличие ограничительного и избегающего поведения, связанного с конкретными страхами с целью верификации диагноза, оценки тяжести состояния и определения стратегии терапии [1,2,3,4,29,40,41,161].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)

- При опросе всех пациентов с тревогой и страхом, связанными с конкретными объектами или ситуациями, в рамках первичного осмотра врача-психиатра (В01.035.001) / врача-психотерапевта (В01.034.001), **рекомендуется** выделить жалобы, относящиеся к вегетативным проявлениям, сопровождающим приступы страха в целях оценки состояния и подбора терапии [1,2,3,4,29,40,41,43,161].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)

- При опросе всех пациентов с тревогой и страхом, связанными с конкретными объектами или ситуациями, в рамках первичного осмотра врача-психиатра (В01.035.001) / врача-психотерапевта (В01.034.001), **рекомендуется** оценить выраженность антиципационной тревоги в целях оценки состояния и подбора терапии [1,2,3,4,29,40,41,43,161].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)

- При опросе и сборе анамнеза у всех пациентов с тревогой и страхом, связанными с конкретными объектами или ситуациями, в рамках первичного осмотра врача-психиатра (В01.035.001) / врача-психотерапевта (В01.034.001), **рекомендуется** выявлять наличие возможных коморбидных психических заболеваний (в т.ч. посттравматического стрессового расстройства, депрессивного и биполярного расстройства, и др.) с целью дифференциальной диагностики и для учета при подборе терапии [1,2,3,4,29,40,41,43,161].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- При опросе и сборе анамнеза у всех пациентов с тревогой и страхом, связанными с конкретными объектами или ситуациями, в рамках первичного осмотра врача-психиатра (В01.035.001) / врача-психотерапевта (В01.034.001), **рекомендуется** оценивать уровень употребления алкоголя и психоактивных веществ с целью

оценки риска формирования зависимости и для учета при подборе терапии [1,2,29,43,161,162,163].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- При сборе анамнеза у всех пациентов с ТФР, в рамках первичного осмотра врача-психиатра (В01.035.001) / врача-психотерапевта (В01.034.001), **рекомендуется** оценить суицидальный риск с целью, определения вида и объема психиатрической помощи [1,2,3,4,29,40,41,43]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- У всех пациентов с ТФР рекомендуется проводить дифференциальную диагностику со следующими заболеваниями [1,2,3,29,67,68,69,70,71, 161,162,163]:
 - обсессивно-компульсивное расстройство;
 - посттравматическое стрессовое расстройство;
 - генерализованное тревожное расстройство;
 - ипохондрическое расстройство;
 - аффективные расстройства (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное расстройство, дистимия);
 - соматоформные расстройства;
 - шизофрения, шизотипическое расстройство;
 - специфические расстройства личности (истерическое, ананкастное, тревожное, эмоционально-неустойчивое);
 - эпилепсия;
 - резидуально-органические заболевания головного мозга;
 - органические заболевания головного мозга;
 - алкогольная зависимость;
 - зависимость от ПАВ;
 - гипоталамическое расстройство.
 - заболевания щитовидной железы

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

2.2 Физикальное обследование

- Всем пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, **рекомендуется** проведение стандартного физикального

и неврологического осмотра (В01.023.001 прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный) с целью исключения соматических и неврологических причин вегетативных симптомов [1,2,3,4,29,40,41,43,58].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)

- Всем пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, физикальное обследование **рекомендуется** проводить наружный осмотр, измерение роста, массы тела, оценку физического развития (А01.30.024 составление заключения о физическом развитии), целостности кожных покровов пациента с целью исключения соматических заболеваний, выявления следов самоповреждения (с учетом их давности), оценки соматического статуса [1,2,3,4,29,40,41,43,58].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)

- Всем пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, **рекомендуется** провести комплекс исследований для диагностики нарушений функции щитовидной железы (В03.058.001): пальпацию терапевтическую (А01.30.011) и экзофтальмометрию (А02.26.022) [1,2,3,4,29,40,41,57]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Всем пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, **рекомендуется** исследование пульса (А02.12.001) и измерение артериального давления на периферических артериях лежа (после отдыха 5 минут) и стоя (через 3 минуты после вставания) (А02.12.002) с целью оценки вегетативных проявлений и соматического статуса [1,2,3,4,29,40,41,59].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

2.3 Лабораторные диагностические исследования

На текущий момент не существует каких-либо лабораторных методов диагностики ТФР. Основная цель лабораторных обследований - исключение соматических заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ТФР.

- Всем пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, **рекомендуется** проведение общего (клинического) анализа мочи, общего (клинического) анализа крови развернутого с исследованием уровня общего гемоглобина в крови (A09.05.003) и оценкой гематокрита, исследование уровня эритроцитов в крови (A12.05.118), исследование уровня лейкоцитов в крови (A12.05.119), исследование уровня тромбоцитов в крови (A12.05.120), исследование скорости оседания эритроцитов (A12.05.001) в рамках первичного обследования, при поступлении в стационар и в процессе динамического наблюдения с целью уточнения степени активности заболевания и диагностики вовлечения органов и систем [1,2,3,29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Всем пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, **рекомендуется** проведение анализа крови биохимического общетерапевтического (исследование уровня калия (A09.05.031), натрия (A09.05.030), хлоридов (A09.05.034), глюкозы (A09.05.023), креатинина (A09.05.020), общего белка (A09.05.010), мочевины (A09.05.017), мочевой кислоты (A09.05.018), общего билирубина (A09.05.021), исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови (A09.05.022), определение активности аспаратаминотрансферазы (A09.05.041) и аланинаминотрансферазы в крови (A09.05.042), исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (A09.05.009) в рамках первичного обследования, при поступлении в стационар и в процессе динамического наблюдения для оценки почечной и печеночной функции и исключения воспаления [1,2,3,29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Всем пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, **рекомендуется** определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови, антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови, антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови в рамках первичного обследования, при поступлении в стационар и далее каждые 12

месяцев для исключения ассоциации с ВИЧ-инфекцией, гепатитом, сифилисом [1,2,3,29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Всем пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, **рекомендуется** провести анализ крови для оценки функции щитовидной железы: исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) в крови, уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови, уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови, уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови для исключения патологии щитовидной железы [1,2,3,29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

***Комментарий:** Скрининг уровня гормонов щитовидной железы рекомендован для первичных пациентов, которым никогда ранее не проводилось это исследование, или при наличии клинических или анамнестических показаний.*

***Комментарий:** Основная цель лабораторных обследований - исключение соматических заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ТФР*

2.4 Инструментальные диагностические исследования

На текущий момент не существует каких-либо инструментальных методов диагностики ТФР.

- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, у которых по результатам сбора анамнеза, физикального и неврологического осмотра, результатов лабораторных анализов не представляется возможным с высокой степенью надежности исключить наличие пароксизмальных состояний **рекомендуется** проведение электроэнцефалографии для оценки биоэлектрических потенциалов головного мозга и исключения данной патологии [1,2,3,29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, имеющих в анамнезе эпизоды потери сознания и лицам, у которых

по результатам сбора анамнеза, физикального и неврологического осмотра, результатов лабораторных анализов не представляется возможным с высокой степенью надежности исключить наличие церебральных сосудистых нарушений, **рекомендуется** проведение дуплексного сканирования транскраниальных артерий и вен для исключения данной патологии [1,2,3,29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, имеющим в анамнезе ЧМТ, подозрение на новообразования головного мозга, головные боли, а также у которых по результатам сбора анамнеза, физикального и неврологического осмотра, результатов лабораторных анализов не представляется возможным с высокой степенью надежности исключить наличие органического поражения головного мозга **рекомендуется** проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга для исключения данной патологии [1,2,3,29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Всем пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, **рекомендуется** проведение электрокардиографии (А05.10.006 регистрация электрокардиограммы) для оценки соматического состояния, объективизации вегетативной сердечно-сосудистой дисфункции (сердцебиения, ощущения перебоев в области сердца), исключения сердечно-сосудистой патологии [1,2,3,29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

2.5. Другие диагностические исследования

Специализированное психологическое обследование включает: 1) клинико-психологическое психодиагностическое обследование (А13.29.003.001) и 2) патопсихологическое экспериментальное-психологическое (психодиагностическое) исследование (В03.035.004).

ТФР являются заболеваниями, в патогенез и клинические (клинико-психопатологические и клинико-психологические) проявления которого, бОльший вклад вносят психологические факторы, а эффективным методом лечения является психотерапия. Основываясь на биопсихосоциальной концепции понимания психических

расстройств, важным представляется привлечение медицинских психологов в полипрофессиональные бригады для участия в проведении лечебно-диагностических мероприятий с целью определения сохранных и нарушенных вследствие болезни индивидуально-психологических особенностей пациента, выделения мишеней психотерапевтического воздействия, объективизации динамики терапевтических мероприятий. [1,2,3,34].

При этом одной из важнейших составляющих участия медицинского психолога в оказании медицинской помощи пациентам с ТФР является психологическая диагностика. Используются все основные виды, методы и методики, принятые как в психологической диагностике в целом, так и в ее прикладном клиническом разделе, именуемом «медицинской психодиагностикой» или «психологической диагностикой в клинике». В соответствии с базовыми теоретическими положениями психологической диагностики, в клинической практике используются и клинико-психологические (экспертные) методы (клиническая беседа, наблюдение, интервью, анализ продуктов деятельности и т.п.), и экспериментально-психологические методы. Опросниковые методы опираются в значительной степени на самооценочную природу получаемых данных и имеют свои ограничения в части объективности таких данных. С другой стороны, они в большей степени отражают индивидуально-психологические особенности самой личности и ее сохранность/измененность в ситуации болезни, а также раскрывают широкий комплекс присущих испытуемому связей, отношений, способов реагирования и совладания, иных клинически значимых характеристик личности и личностно-средового взаимодействия и др. Такие данные должны расцениваться в рамках персонализированного подхода при реализации биопсихосоциальной парадигмы современных антропоцентрированных и клинических наук. При этом клинические методы органично вплетены в процедуры экспериментально-психологического исследования и используются непосредственно в процессе выполнения испытуемым проб и тестовых методик. Отличительной особенностью применения клинико- и экспериментально-психологических методов при решении задач психологической диагностики является учет и анализ специфики, обусловленной измененным болезнью психическим и психологическим статусом испытуемого.

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

1. Клинические оценочные шкалы;

2. *Клинико-психологические и экспериментально-психологические методы и методики (нестандартизованные пато- и нейропсихологические пробы, стандартизованные психометрические тестовые методики).*

- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, нуждающимся в психометрической и/или экспериментально-психологической оценке выраженности клинических проявлений и индивидуально-психологических особенностей, **рекомендуется** проведение *клинико-психологического психодиагностического обследования (A13.29.003.001) и/или патопсихологического экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования (B03.035.004)* целях дифференциальной диагностики и оценки динамики состояния [29,164,165].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Пациентам с жалобами на тревогу и страх, связанными с конкретными объектами или ситуациями, нуждающимся в психометрической оценке выраженности клинических проявлений и/или экспериментально-психологической оценке выраженности клинических проявлений и индивидуально-психологических особенностей **рекомендуется** использование психометрических шкал, симптоматических и тестовых опросников для оценки уровня тревоги и ее динамики, личностных особенностей, характеристик межличностного взаимодействия и пр. [1,2,3,29,72,165].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: У пациентов с ТФР необходимо использование психометрических шкал, симптоматических и тестовых опросников для скрининга и оценки уровня тревоги, фобических переживаний и их динамики, личностных особенностей, характеристик межличностного взаимодействия и пр., выбор и объем которых производится индивидуально в зависимости от клинической картины заболевания, диагностических и терапевтических задач: *The Hamilton Anxiety Rating Scale – Шкала тревоги Гамильтона (HARS) (Приложение Г1); для оценки выраженности клинических проявлений могут применяться Symptom Check List-90-Revised – Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (Приложение Г2); Интегративный тест тревожности (ИТТ) (Приложение Г3); State-Trait Anxiety Inventory – Шкала тревоги*

Спилберга-Ханина (STAI) (Приложение Г4); The Beck Anxiety Inventory – Шкала тревоги Бека (BAI) (Приложение Г5); Sheehan Anxiety Scale – Шкала тревоги Шихана (ShARS) (Приложение Г6); [1,2,3,29,72].

Приведенные методики являются психометрическими (симптоматическими) опросниками, которые позволяют оценить объективно характер и выраженность клинической симптоматики, ее динамику, эффект от проводимого лечения.

Более полно психологическая диагностика проводится медицинским психологом в зависимости от конкретных диагностических задач или для определения мишеней психотерапевтического воздействия. Лечащим врачом назначается проведение клинико-психологического психодиагностического обследования и/или патопсихологического экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования. Выбор методов и методик психологической диагностики относится к компетенции медицинского психолога, при соблюдении требования о представлении в тексте психологического заключения запрашиваемых лечащим врачом данных. Выбор методик для проведения экспериментально-психологической диагностики пациенту осуществляется медицинским психологом индивидуально в зависимости от задач в отношении конкретного пациента. Могут применяться различные шкалы, прошедшие адаптацию и валидизацию в зависимости от целей исследования [165,166,167,168,169]. Предлагаемые ниже методики применяются факультативно и перечень возможных методик для проведения экспериментально-психологического обследования ими не ограничен.

При необходимости быстрой оценки динамики состояния используется Clinical Global Impression Scale – шкалы глобального клинического впечатления (CGI).

Наиболее часто применяемые методики для исследования психологической структуры личности: (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) - Стандартизованный клинический личностный опросник (ММПИ) (в адаптации Собчик Л.Н. с соавт. (1970) – полный вариант ММПИ) (Приложение Г7) [2,29,151]; Ich Struktur Test nach G.Ammon – методика «Я-структурный тест» Г. Аммона, (1978) (ISTA)) (Приложение Г8) [2,29,152].

Наиболее часто применяемые методики для исследования отдельных индивидуально-психологических особенностей личности: (Методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК) (Приложение Г9) [2,29,153]; Опросник для исследования личностных убеждений «Personal Beliefs Test» (Kassinove H., Berger A., 1984) (Приложение Г10) [2,29,154]

Наиболее часто применяемые методики для психологической диагностики факторов риска психической дезадаптации: (Life style index – методика «Индекс

жизненного стиля» (LSI) (Приложение Г11) [2,29,155]; Методика "Стратегии совладающего поведения" Р. Лазаруса (WCQ, Folkman S., Lazarus R., 1988) (Приложение Г12) [2,29,156]. Мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne Decision Making Questionnaire – MDMQ) (Приложение Г13) [2,29,157].

Наиболее часто применяемые методики для психологической диагностики системы значимых отношений: Опросник невротической личности KON-2006 (Aleksandrowicz J., и др., 2006) (Приложение Г14) [2,29,158]. Для исследования приверженности лечению используют методику: Российский универсальный опросник количественной приверженности лечению (КОП-25) (Приложение Г15) [2,29,159].

Для диагностики уровня социальной тревожности, измерения страха негативной и оценки их влияния на адаптацию в обществе применяются методики: Шкала социальной тревожности Либовица (Liebowitz Social Anxiety Scale – LSAS) (Приложение Г16); Краткая шкала страха негативной оценки (Brief Fear of Negative Evaluation Scale – BFNE) (Приложение Г17) [245,246,247,248].

С целью выявления гелотофобии (страха выглядеть смешным, стать объектом насмешек) применяется Опросник гелотофобии (GELOPH-15) (Приложение Г18) [250,251].

Для исследования выраженности социальных фобий используют методики:

Психологическая диагностика производится медицинским психологом по следующему алгоритму [165,166,167,168,169]:

1 этап – Клинико-психологическое обследование с целью установления доверительного контакта, оценки актуального эмоционального состояния и поведения пациента, его отношения к обследованию и лечению. Методы: наблюдение, беседа, интервью, анализ истории жизни. Психолог отмечает и, в дальнейшем, записывает в заключении по результатам экспериментально-психологического исследования (ЭПИ): доступность к контакту, отношение к исследованию, понимание инструкций, заинтересованность в результатах тестирования, громкость и скорость речи, мимика, общий эмоциональный фон, темп психомоторных реакций, характеристики поведения во время обследования, личностные особенности, которые демонстрирует пациент.

2 этап – Экспериментально-психологическое исследование (ЭПИ). Целями проведения экспериментально-психологического обследования являются: дифференциальная диагностика нарушений психической деятельности пациента;

- анализ структуры и установление степени нарушений психических процессов, состояний и свойств личности;

- *определение уровня развития психологического адаптационного потенциала, степени сохранности психологических адаптационных механизмов и ресурсов пациента;*
- *оценка динамики психических процессов в результате проведенного лечения;*
- *решение экспертных задач.*

Во время экспериментально-психологического исследования изучаются высшие психические (когнитивные) функции, личностная и эмоциональная сфера пациента, производится квалифицированная экспертная оценка выявленных нарушений. По результатам проведенного ЭПИ оформляется экспертное заключение (Приложение Г21), экспертом-психологом даются рекомендации, которые должны учитываться врачами-специалистами в лечебном процессе [166,167,168].

Общая длительность процедуры психологической диагностики в психиатрической клинике составляет 3-5 часов и включает в себя 2 вида: 1) Клинико-психологическое психодиагностическое обследование (A13.29.003.001) и 2) Патопсихологическое экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (B03.035.004) [77,165,170,171].

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

Данные современных научных исследований показывают приоритет применения по степени эффективности психотерапии при лечении ТФР. Некоторые исследования подтверждают эффективность как психофармакотерапии (препараты из групп селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, производных бензодиазепина, анксиолитиков, антипсихотических средств и др.), так и психотерапии (когнитивно-поведенческой, динамической, релаксационной и др.). В лечении ТФР психотерапия является приоритетным методом лечения и зачастую имеет ведущую роль. В отношении тревожно-фобических расстройств исследований эффективности фармакологических препаратов меньше, чем в отношении панического и генерализованного тревожного расстройств. Полученные данные в отношении многих препаратов показывают умеренную их эффективность при ТФР. Имеются исследования, показывающие эффективность сочетанного применения психофармакотерапии и психотерапии.

В отношении специфических фобий, как и в целом в психиатрии, имеется довольно мало внутринозологических исследований эффективности лечения отдельных специфических фобий. Это вполне объяснимо, поскольку список фобических стимулов

постоянно пополняется, в клинических рекомендациях мы перечислили наиболее распространенные, однако следует помнить, о том, что РФ является многонациональным и мультиконфессиональным государством поэтому в отдельных регионах могут встречаться свои культурально обусловленные специфические фобии. Современные исследования говорят о важной роли культурной деликатности специалистов в области психического здоровья для качественного оказания помощи [272,273,274,275,276,277].

С другой стороны, при всем многообразии триггеров ключевым в манифестации специфических фобических расстройств является их субъективная интерпретация как непереносимых для пациентов с дальнейшим развитием сходной тревожно-фобической симптоматики. Поэтому результаты РКИ, полученных в отношении лечения социофобии могут быть использованы в лечении схожих состояний, особенно учитывая, что мишень терапевтических воздействий является не фобических триггер, а реакция пациента на него.

Выбор стратегии терапии и соотношение психофармакотерапии и психотерапии зависят от проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, установок и ожиданий пациента, актуальных ресурсов и организационных возможностей и должен гибко оцениваться с учетом персонализированного подхода в каждом конкретном случае. Имеются показания и противопоказания как для психофармакологического, так и для психотерапевтического лечения. Они преимущественно связаны с состоянием пациента, побочными эффектами и организационными условиями [72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87].

- Всем пациентам с ТФР с целью купирования симптоматики рекомендуется применение психофармакотерапии и / или психотерапии [72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,161].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1).

Комментарии: В отношении ТФР психотерапия в выборе тактики лечения более приоритетна. Преимуществами психотерапии является отсутствие соматических побочных эффектов лечения и, согласно некоторым исследованиям, более длительный эффект и большая эффективность в отношении ТФР. Недостатком является большая стоимость, необходимость еженедельных визитов, критическая значимость личной мотивации и вовлеченности пациента в процесс лечения. Психофармакотерапии требует меньше материальных и временных затрат, но часто недостаточно эффективна,

вызывает побочные эффекты, в случае ее отмены возможно рецидивирование симптоматики.

3.1 Психофармакотерапия

Поскольку РКИ, организованные для оценки эффективности препаратов в лечении ТФР, проводились для наиболее распространенных вариантов фобий, без учета особенностей клинического течения, то имеются определенные сложности в применении их результатов при реализации персонализированного подхода в медицине. Большая часть исследований относится к социальным фобиям. В случаях, если при агорафобии присутствуют панические атаки, то врач может ориентироваться в назначениях на клинические рекомендации «Паническое расстройство». РКИ, изучавших эффективность фармакотерапии при специфических фобиях, практически нет.

Пациентам с ТФР, не имеющих показаний для госпитализации в медицинское учреждение предпочтительно проведение амбулаторной психотерапии и/или фармакотерапию.

- Пациентам с социальными фобиями и агорафобией, имеющим частые и / или интенсивные клинические проявления в качестве терапии первой линии **рекомендуется** назначение антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина или #венлафаксина с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний, приводящих к избеганию фобических ситуаций [76,77,173,174,175,176,177,178,179,180,181,182,183,184,185,186,187,188,189,190,191,192,193,194,195,196,197,198,199,200,201,261,262,263].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Высокая эффективность антидепрессантов из группы СИОЗС или #венлафаксина при социальных фобиях и агорафобии с паническим расстройством подтверждается многочисленными публикациями. Хотя отдельных исследований по применению антидепрессантов у пациентов с агорафобией без панического расстройства, по-видимому, не проводилось, во многих РКИ и мета-анализах при агорафобии с паническим расстройством прицельно оценивалось влияние препаратов на агорафобические симптомы, что дает основание использовать полученные результаты для определения стратегии лечения агорафобий в целом [261,262,263].

Диапазон эффективных дозировок антидепрессантов для купирования панической и агорафобической симптоматики составляет: пароксетин** 20-40 мг/сут

[76,77,173,174,175,176,177,178,179,180], эсциталопрам 10-20 мг/сут [76,77,181,182,183,184,185]; сертралин** 50-200 мг/сут [76,77,186,187,188,189], #флувоксамин 100-300 мг/сут [76,77,190,191,192,193,194,195]; либо из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и нордреналина (N06AX Другие антидепрессанты): #венлафаксин 75-225 мг/сут [76,77,197,198,199,200,201]. Эффективность #циталопрама в дозах 20-40 мг/сут подтверждена только в одном РКИ [77,196,262]. Пароксетин** в дозах 20-40 мг/сут в двойном слепом плацебо контролируемом исследовании обнаружил эффективность при специфических (простых) фобиях [180].

- Пациентам со специфическими фобиями, имеющим частые и / или интенсивные клинические проявления, рекомендуется назначение антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина: эсциталопрама в дозе 10-20 мг или пароксетина** в дозе 20 мг с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний [180,264].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: Применение антидепрессантов при специфических (простых) фобиях в целом недостаточно изучено. В литературе обнаруживаются сведения лишь о двух небольших РКИ с использованием пароксетина** и эсциталопрама. Кроме того, в некоторых публикациях описывались клинические случаи применения #флуоксетина** [180,264].

Комментарии: Вариант лечения антидепрессантами следует выбирать индивидуально для каждого пациента с учетом психотропного и соматотропного действия препарата, возможных нежелательных явлений, психического и соматического статуса пациента, клинических характеристик заболевания, в т.ч. частоты и силы фобических переживаний. Терапия этими препаратами начинается с минимальных дозировок и постепенно титруется до терапевтических; анксиолитический эффект антидепрессантов развивается индивидуально в течение 2-8 недель. Поэтому на первом этапе лечения целесообразно применять комбинацию с производными бензодиазепина, особенно при выраженной интенсивности фобических переживаний.

К преимуществам антидепрессантов относятся хороший профиль эффективности-переносимость-безопасность, возможность однократного приема, наличие долговременного эффекта терапии; к недостаткам - отсроченный эффект, возможный

анксиогенный эффект в начале приема, необходимость титрации дозировки, негативное влияние на сексуальную функцию;

Рекомендуется предупредить пациента о возможном развитии побочных эффектов в начале приема антидепрессантов для обеспечения комплаенса. В первые недели приема целесообразно наблюдать за больным, оценивая суицидные риски, возможное усиление тревожной симптоматики.

Назначая медикаментозную терапию, врач опирается в первую очередь на сведения о доказанной эффективности препарата, профиль его переносимости, а также на собственный клинический опыт и квалификацию врача [72,160].

- Пациентам с ТФР, имеющим частые и / или интенсивные клинические проявления, а также в случаях редкого столкновения с фобическим стимулом (например, полет на самолете несколько раз в год при аэрофобии, ежегодные диспансеризации при страхе инъекций), **рекомендуется** назначать производные бензодиазепина: #клоназепам** 0,5-3 мг/сут, #алпразолам 0,5-0,75 мг/сут с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний [72,73,76,77,78,80,81,91,92,202,203,204,278,279].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *Эти препараты назначаются коротким курсом и могут быть препаратами первой линии за счет своего немедленного действия, эффект достигается уже после первого приема препарата в случаях кратковременного дистресса, к примеру, при аэро или дентофобии. Они также могут назначаться эпизодически при необходимости справиться с конкретной, предстоящей ситуацией.*

Преимуществами производных бензодиазепина являются быстрый эффект, хорошая переносимость, широкое терапевтическое окно – безопасность при передозировке; перед назначением этой группы препаратов должен быть хорошо собран наркологический анамнез. Нецелесообразно их назначать пациентам с зависимостью или риском формирования зависимости от ПАВ [205]. Также не рекомендуется назначать их пожилым пациентам в связи с увеличением риска нарушений координации и падений. Следует обратить внимание на комплаентность пациента – в некоторых случаях пациенты склонны превышать рекомендуемые дозировки. Препараты группы производных бензодиазепина могут формировать зависимость и имеют синдром отмены при резком прекращении терапии. Поэтому длительность их применения должна быть ограничена 2-3 неделями. При назначении в комбинированной терапии вместе с антидепрессантами

*предпочтительно их назначать в первые недели терапии до начала эффективного действия антидепрессантов и потом отменять. Более длительная терапия производными бензодиазепина возможна при наличии резистентности к другим видам терапии. В качестве нежелательных явлений чаще всего отмечается седация, головокружение, нарушение координации, нарушение концентрации внимания, нарушение памяти, формирование зависимости и толерантности к препаратам. Нет доказательных исследований об эффективности бромдигидрохлорфенилбензодиазепина**. Однако в российской медицинской практике он традиционно применяется для лечения тревожных расстройств и купирования фобических приступов в дозировке 1-3 мг/сут (0,5-1 мг 2-3 раза в сутки) [73,205].*

*При назначении производных бензодиазепина следует учитывать период полувыведения при решении вопроса кратности приема и профилактики эффектов кумуляции (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин** в связи с длительным периодом полувыведения не рекомендуется назначать более 1-2 раз в сутки; #алпразолам в связи с относительно небольшим периодом полувыведения следует назначать с частотой не менее 3 раз в сутки).*

- Пациентам с ГФР с недостаточной эффективностью или плохой переносимостью селективных ингибиторов обратного захвата серотонина или #венлафаксина **рекомендуется** применение #прегабалин** в дозе 150-600 мг/сут с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний [95,207,208,209].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *В нескольких доказательных исследованиях был хорошо изучен и подтвержден в мета-анализах анксиолитический эффект #прегабалина**, его влияние на психический, соматический и вегетативный компоненты тревоги, а также хорошая переносимость и высокий уровень безопасности. Анксиолитический эффект при приеме #прегабалина** достигается в течение первой недели приема препарата.*

*В отличие от большинства антидепрессантов #прегабалин** не ингибирует ферменты цитохрома P450, не имеет лекарственных взаимодействий с другими препаратами (напр., варфарином**) и может применяться у больных ГФР и хроническими соматическими заболеваниями.*

*#Прегабалин** не следует назначать пациентам, склонным к формированию зависимости или уже имеющим различные формы зависимости от ПАВ. У таких*

пациентов прослеживается феномен перекрестной зависимости и более быстрое нарастание толерантности. Рекомендуется тщательный сбор наркологического анамнеза пациента с целью минимизации риска формирования зависимости

- Пациентам со специфическими фобиями в случаях редкого столкновения с фобическим стимулом рекомендуется однократное применение #прегабалина** в дозе 150 мг с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний [207].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2).

- Пациентам с ТФР, имеющим частые и / или интенсивные клинические проявления, **рекомендуются** назначать противоэпилептический препарат #габапентин 900-3600 мг/сут, с целью снижения тревоги, интенсивности фобических переживаний [2,73,76,78,79,80,81,140,141,142,143,144,145,146,147,148,149,150].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3)

- Пациентам с ТФР, имеющим частые и / или интенсивные клинические проявления, с недостаточным ответом на терапию селективными ингибиторами обратного захвата серотонина или #венлафаксином, **рекомендуется** терапия другими антидепрессантами: #миртазапин 30-45 мг/сут [206,257,258]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)
или #агомелатином** 25-50мг/сут [137]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4).

- Пациентам с ТФР, имеющим частые и / или интенсивные клинические проявления, с недостаточным ответом на монотерапию антидепрессантами, в дополнение или самостоятельно **рекомендуются** антипсихотические средства с целью снижения интенсивности сенестопатических ощущений, психовегетативных нарушений, ипохондрической фиксации с целью снижения тревоги, интенсивности фобических переживаний и воздействия на когнитивную составляющую тревожных и фобических нарушений [72,73,76,77,81,93,138,139].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: В отечественной медицинской практике эти препараты традиционно применяются для лечения тревожных расстройств при недостаточном

ответе на монотерапию, при высокой представленности сенестопатического компонента, что часто встречается при нозофобиях, при затяжном течении ТФР, при наличии сверхценной ипохондрической фиксации, выраженных психовегетативных нарушениях. [72,73,76,77,81,93,138,139]. Из антипсихотических препаратов при ТФР чаще назначают: #сульпирид** 50-400 мг/сут, #кветиапин** 25-300 мг/сут. В двух небольших пилотных РКИ была показана эффективность монотерапии #кветиапином** от 50 до 400 мг (схема титрации: первые 3 дня - 25 мг 2 раза в сутки, далее: 4 дня - 50 мг 2 раза в сутки, вторая неделя - 100 мг 2 раза в сутки, третья неделя - 150 мг 2 раза в сутки, четвёртая неделя - 200 мг 2 раза в сутки) [265,266]. Дополнительную терапию антипсихотическими средствами необходимо проводить под тщательным контролем врача ввиду развития нежелательных побочных эффектов (головокружения, ортостатическая гипотензия, сонливость, набор веса, акатизия и другая экстрапирамидная симптоматика, гиперпролактинемия, и пр.). В связи с вышеуказанными побочными эффектами со стороны пациента предпочтительно назначение антипсихотических средств второго поколения, поскольку существует высокий риск нарушения комплаентности и отказа от психофармакотерапии

- Пациентам с ТФР, имеющим частые и / или интенсивные клинические проявления, учитывая отставленный эффект антидепрессантов, для быстрого воздействия на тревожную и фобическую симптоматику **рекомендуется** применять другие препараты из группы анксиолитиков [211,282].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: в медицинской практике применяют #гидроксизин** - 25-100 мг/сут. В научной литературе имеются данные как об эффективности препаратов данной группы, так и неэффективности в лечении ТФРВ связи с этим, целесообразно использовать эти препараты в сочетании с антидепрессантами при постоянном курсе, но они могут также приниматься самостоятельно курсом или эпизодически в случаях редкого столкновения с фобическим стимулом (к примеру, полет на самолете несколько раз в год при аэрофобии, ежегодные диспансеризации при страхе инъекций).

- Пациентам с социальными фобиями, у которых фобическая ситуация связана с сексуальным контекстом (коитофобия), переживаниями позора, неудачи, унижения в ситуациях сексуального взаимодействия, **рекомендуется** терапия #тразодоном – 50-200

мг/сут с целью снижения тревоги и нормализации сексуального функционирования [259,280].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: при назначении #тразодона необходимо учитывать возможность формирования побочного эффекта в виде приапизма. Приапизм – это патологически длительная эрекция пениса (или клитора), никак не связанная с сексуальной стимуляцией. Причинами приапизма являются нарушение кровообращения в пещеристых телах пениса (или клитора) за счет стаза крови, повышение ее вязкости и сдвига рН крови в кислую сторону. Длительный приапизм ассоциирован с высоким риском развитием некроза и гангрены полового члена (или клитора), требующих оперативного вмешательства. В случаях развития приапизма необходимо немедленно прекратить прием #тразодона [267]

- Для пациентов с ТФР, имеющих частые и / или интенсивные клинические проявления, **рекомендуется** проводить фармакотерапию длительностью – от 6 до 12 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии с целью стабилизации эффекта и профилактики рецидивов. В случаях невыраженных или редких фобических проявлений, препараты могут применяться курсами или эпизодически в соответствии с показаниями. [2,72,73,76,78,79,80,81].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- У всех пациентов с ТФР при применении психотропных препаратов **рекомендуется** регулярно оценивать следующие возможные побочные эффекты психофармакотерапии: седация, сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или диарея, тошнота, головные боли, головокружение, нарушение координации, нарушение концентрации внимания, нарушение памяти, формирование зависимости и толерантности к препаратам, сексуальные дисфункции и др. Необходимо оценивать побочные эффекты конкретно назначаемых препаратов с целью оценки соотношения эффективности/переносимости [2,72,73,76,78,79,80,81,251].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

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

- Всем пациентам с ТФР при применении психотропных препаратов рекомендуется оценивать эффективность и переносимость терапии, которая проводится на 7-14-28

день психофармакотерапии и далее 1 раз в 4 недели до окончания курса лечения с целью своевременной коррекции проводимого лечения. При непереносимости или недостаточной эффективности проводится коррекция дозировок или смена препарата [1,2,72,73,76,78,79,80,81,283].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Всем пациентам с ТФР, находящимся на стационарном лечении с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала, **рекомендуется** проведение осмотра (консультации) врачом-психиатром / врачом-психотерапевтом с целью оценки эффективности курса терапии [1,2,72,73,76,78,79,80,81,283].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Всем пациентам с ТФР при плановом окончании длительной терапии антидепрессантами или вынужденном преждевременном прекращении (из-за плохой комплаентности или переносимости) с целью предотвращения симптомов отмены **рекомендуется** постепенное снижение дозы [212,213,214].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: *Период снижения дозы может занимать нескольких дней, недель или даже месяцев, в зависимости от дозы, продолжительности лечения и фармакологических свойств препарата, а также особенностей состояния пациента. Необходимость постепенного снижения дозы обусловлена возможностью развития синдрома отмены приема антидепрессантов (СОПА) [215,216]. Обычно они транзиторные и быстро купируются при повторном назначении антидепрессанта. Риск их развития тем выше, чем больше выражены антихолинергические свойства препарата, выше используемая доза и чем длительнее период приема. Среди антидепрессантов новой генерации СОПА наиболее характерны для #венлафаксина и СИОЗС с коротким периодом полувыведения (напр., пароксетина**), и менее характерны для #флуоксетина** [212]. Резкая отмена ТЦА (N06AA Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов) может вызвать холинергический феномен «отдачи» (гриппоподобное состояние, миалгия, схватывающие боли в животе). Чтобы избежать СОПА или скорректировать его проявления в случае решения прекратить прием антидепрессанта предлагается следующий алгоритм профилактики и ведения пациентов с синдромом отмены приема антидепрессантов (см. Приложение Б2).*

Препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина доказали свою эффективность в отношении предотвращения рецидивов при длительной терапии, но уровень доказательств был умеренного качества.

Длительность поддерживающей терапии при ТФР определяется исходя из индивидуальных особенностей пациента, динамики клинической картины и сопутствующего лечения. Больные, получающие длительную терапию, нуждаются в регулярном наблюдении врача с целью выявления ранних признаков рецидива и своевременного их купирования, мониторингования возможных побочных эффектов терапии и соблюдения режима приема лекарств, проведения психотерапевтических мероприятий, направленных на мотивирование пациента к продолжению лечения, а также на оказание помощи в случае возникновения психотравмирующих ситуаций.

3.2 Психотерапия

Психотерапия является доказанным эффективным методом лечения невротических расстройств, в т.ч. и тревожно-фобических расстройств. В ряде исследований показана большая эффективность психотерапии при агорафобии, социальной фобии и специфических (изолированных) фобиях. Надо отметить, что в целом психофармакотерапия дает более быстрое улучшение состояния и требует меньше усилий пациента, временных и экономических затрат, но симптоматика может возобновляться при отмене медикаментов. Психотерапия, в особенности если психологические механизмы формирования и поддержания тревожно-фобических расстройств играют существенную роль, дает более качественный эффект и более стойкую ремиссию. Учитывая ведущую роль психологических факторов в развитии ТФР, психотерапия имеет приоритетное значение для их лечения по сравнению с психофармакотерапией. В ряде случаев оптимальным является сочетание психофармакотерапии и психотерапии, поскольку это в максимальной степени соответствует современной биопсихосоциальной концепции формирования психических расстройств и позволяет реализовать принципы персонализированной медицины, повысить эффективность терапевтических вмешательств. Имеются доказательные исследования в отношении ряда методов психотерапии. Для некоторых тревожно-фобических расстройств психотерапия имеет большую эффективность по сравнению с психофармакотерапией. Однако необходимо помнить, что дизайн доказательных исследований в психотерапии достаточно сложен и клиническая практика по многим параметрам отличается от научного эксперимента. Большое количество источников,

показывающих эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии, связано, скорее, с возможностью в рамках научных исследований воспроизводить определенные техники, а не с безусловным приоритетом этого метода для пациентов с ТФР. Другие методы психотерапии, имеющие на сегодняшний день меньшую доказательную базу, могут быть не менее, а возможно в определенных случаях, более эффективными, чем когнитивно-поведенческая психотерапия. В лечении тревожно-фобических расстройств доказали свою эффективность методы, использующие технологии виртуальной реальности для создания экспозиции и формирования толерантности к фобическим стимулам. [1,2,74,77,96, 97,98,99,100,101,102,103,104,161,162,217].

Противопоказания и ограничения к психотерапевтическому лечению [2,74,96,98,99,161]:

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

- В лечении всех пациентов с ТФР **рекомендуется** использовать различные виды психотерапии изолированно или в комбинации с психофармакотерапией с целью более эффективного и стойкого снижения тревоги, интенсивности фобических переживаний, научению релаксации, коррекции иррациональных установок, осознания глубинных механизмов и противоречий, преодоления ограничительного поведения [2,74,96,97,98,99,100,101,102,161,162,217].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

- Всем пациентам с ТФР, за исключением пациентов со сниженным интеллектом, **рекомендуется** с целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, коррекции иррациональных установок, преодоления ограничительного поведения проведение 10-15 сеансов когнитивно-поведенческой психотерапии [2,74,97,105,106,107,108,109,110,111,112,113,114,162].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *Когнитивная модель фобий. При фобиях имеется прогнозирование физического или психологического ущерба в специфических ситуациях. Если пациент в состоянии избежать подобной ситуации, он не ощутит угрозы и сохранит спокойствие. Если же он попадет в такую ситуацию, то почувствует субъективные и физиологические симптомы тревоги. Страх перед отдельными ситуациями основан на преувеличенном представлении пациента об особых негативных характеристиках этих ситуаций (например, страх высоты, страх собак). При оценочных фобиях имеется страх неудачи в социальных ситуациях. Поведенческие и физиологические реакции на потенциальную «опасность» (отвержение, недооценка, неудача) могут значительно мешать социальному функционированию пациента, а в ряде случаев способствовать реализации негативных ожиданий.*

*В качестве техник когнитивно-поведенческой психотерапии используются когнитивное реструктурирование – проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций. Может дополняться экспозицией *in vivo* для повышения переносимости неприятных стимулов и получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения; interoцептивная экспозиция – повышение толерантности к внутренним неприятным ощущениям, которые возникают у пациента во время фобического приступа; экспозиция *in vivo* – проведение повторных приближенных к условиям реальности поведенческих тренировок для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения; привлечение/отвлечение внимания – внимание пациента при экспозиции может полностью фиксироваться на фобических переживаниях, когда пациент полностью сосредоточен на своих ощущениях и мыслях, напоминает себе о необходимости не отвлекаться и др. Хорошо зарекомендовала себя техника проведения поведенческих экспериментов, основанная на парадоксальной интервенции, когда условие поведенческого задания предписывает пациенту постараться привлечь внимание окружающих своим нелепым,*

смешным поведением, к примеру, громко петь на улице, или обратиться к продавцу с неуместным вопросом.

КПТ может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой формах. Пациенты с социофобией стремятся избегать групповых форм работы, как субъективно психотравмирующих, не позволяющих включить привычные механизмы «безопасного» поведения (например, избегание общения).

Согласно рекомендациям Национального центра по вопросам сотрудничества в области психического здоровья Великобритании, «золотым стандартом» в лечении социального тревожного расстройства признана индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия в рамках модели D.M. Clark, A. Wells, и модели R.M. Rapee, R.G. Heimberg. [162,218,219,220].

Для индивидуальной КПТ по модели D.M. Clark, A. Wells лечение должно состоять из 14 сеансов продолжительностью 90 минут в течение 4 месяцев и включать:

- психообразование о социальной тревожности,
- практические упражнения для демонстрации негативных последствий сосредоточенного на себе внимания и безопасного поведения;
- видео-обратную связь, чтобы исправить искаженную негативную самооценку;
- систематическое обучение внешнему вниманию;
- поведенческие эксперименты в течение сеанса для проверки негативных убеждений с помощью связанных домашних заданий;
- обучение «переписыванию отношения», чтобы справиться с проблемными воспоминаниями о социальной травме;
- изучение и изменение основных убеждений;
- модификацию проблемной обработки до и после события;
- профилактика рецидивов.

Индивидуальная КПТ по модели R.M. Rapee, R.G. Heimberg. должна состоять из 15 сеансов продолжительностью 60 минут и 1 сеанса продолжительностью 90 минут в течение примерно 4 месяцев и включать в себя:

- психообразование о социальной тревожности;
- когнитивную перестройку;
- постепенное взаимодействие с вызывающими тревогу социальными ситуациями, как на сеансах лечения, так и в качестве домашней работы;
- изучение и изменение основных убеждений;
- профилактику рецидивов.

При работе с пациентами с социальным тревожным расстройством в рамках КПТ, в качестве наиболее эффективной признана групповая терапия в таких формах, как тренинг самоутверждения, тренинг повышения уверенности в себе (ассертивный), тренинг социальных навыков.

Таким образом, КПТ в работе с пациентами с социальным тревожным расстройством ставит перед собой следующие задачи:

- 1. Работа с иррациональными установками и ложными убеждениями, вызывающими тревогу в социальных ситуациях. Сначала пациенты учатся отслеживать свои негативные мысли, затем проверять, соответствуют ли они действительности, а далее заменять их на реалистичные.*
- 2. Приобретение социальных навыков, которых обычно у пациента с социальным тревожным расстройством недостаточно. Этого удается достичь с помощью ролевых игр в группе.*
- 3. Преодоление дефицита социальных навыков.*

Пациенты выполняют специальные упражнения на самораскрытие: посещают вечеринку, возвращают купленный бракованный товар в магазин, знакомятся с кем-то и т.д.

Развитие технических возможностей способствовало разработке методик, использующих мобильные приложения [221,222]. Данные исследований указывают на эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии с применением интернет- и телекоммуникационных технологий (например, КПТ, проводимая через сеть Интернет) [223,224].

В случаях социальных фобий эффективность также продемонстрировали методы индивидуальной и групповой КПТ третьей волны: используется метакогнитивная терапия (МСТ), терапия принятия и ответственности (АСТ), когнитивная терапия, основанная на осознанности (МВСТ) и техники редукации стресса, основанные на осознанности (MBSR) [226,227,228,229,230].

- Всем пациентам с ТФР, имеющим частые и / или интенсивные клинические проявления, антиципационную тревогу, ограничительное поведение **рекомендуется** с целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, преодоления социальной тревожности, преодоления ограничительного поведения проведение клиничко-психологического тренинга и/или экспозиционной терапии виртуальной реальности (VRET) – от 8 до 12 сеансов*

[115,116,117,118,119,120,121,122,123,124,125,126,127,128,129,130,131,132,133,134,281].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарий: *Экспозиция в реальных условиях не всегда повышает эффективность лечения, но может быть полезна для тестирования поведения в реальности и повышения приверженности лечению. Современными вариантами экспозиции является активное использование возможностей виртуальной реальности для ее проведения. Технология виртуальной реальности предоставляет цифровую искусственно смоделированное пространство для проведения психологических вмешательств в режиме реального времени. Она включает в себя использование компьютерного оборудования и программных технологий (например, стереоскопических дисплеев) для имитации реальных событий. Технологии виртуальной реальности позволяют создавать контролируемые цифровые среды, которые позволяют настраивать сценарии экспозиции в соответствии с конкретными потребностями и конкретными фобическими фабулами. Есть исследования подтверждающие, эффективность экспозиционной терапии виртуальной реальности (VRET) при ТФР [230,231,232,233].*

- Пациентам с ТФР, имеющим трудности в межличностном взаимодействии, **рекомендуется** с целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, преодоления социальной тревожности, улучшения коммуникативных навыков, преодоления ограничительного поведения проведение групповой краткосрочной интерперсональной психотерапии – 20 сеансов по 1,5 часа – 5 сеансов в неделю [2,74,135,161].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: *целью этого метода психотерапии являются конструктивные изменения, прежде всего, в межличностной сфере. Они достигаются через раскрытие, анализ, осознание и переработку межличностных проблем пациента, и коррекцию его неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия.*

В процессе психотерапии, ориентированной на коррекцию неадекватных интеракций, конфликтные отношения пациента утрачивают свой центральный характер. Это влечет за собой снижение выраженности симптоматики. Вторично наблюдается уменьшение и внутриличностной проблематики. Задачи психотерапии также фокусируются, в

основном, на трех составляющих самосознания: самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект). Использование в лечении больных с тревожными расстройствами групповой интерперсональной психотерапии позволяет воздействовать на более специфические психотерапевтические «мишени», характерные для данной группы больных — нарастание ограничительного поведения, приводящего к сужению социальных связей, выраженность симптомов социофобического характера, дефицитарность коммуникативной системы и др. Преимущество межличностного подхода заключается в том, что пациент выходит из состояния изоляции, создаются условия для установления контактов с другими людьми, возникает возможность для формирования более адекватной самооценки.

Проведение данного вида психотерапии способствует активизации и усилению фактора универсализации, который у данного контингента больных проявляется в изменении и снижении чувства уникальности собственного расстройства, связанного со страхом смерти, сумасшествия, потери контроля. В конечном итоге, это приводит к изменению устойчивых неадаптивных стереотипов поведения.

- Пациентам с социальными фобиями, имеющим конфликтные отношения, переживания стыда, гнева, **рекомендуется** с целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, преодоления социальной тревожности, преодоления ограничительного поведения, осознания внутренних переживаний проведение краткосрочной динамической психотерапии – 25-30 сеансов продолжительностью 50 минут в течение 6-8 месяцев [161,234,235]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: при лечении пациентов с социальным тревожным расстройством применяется краткосрочная психодинамическая психотерапия. Это специфическая структурированная форма психоаналитической психотерапии, в фокусе которой находятся симптомы социофобии и аспекты психодинамики, ассоциированные с проявлениями тревоги. Лечение направлено на идентификацию смысла тревожных симптомов, привлечение внимания к проявлениям механизмов психологической защиты, которые подавляют осознание отрицаемых, связанных с социальной тревогой чувств, конфликтов и фантазий.

Краткосрочная психодинамическая психотерапия при социальных фобиях состоит из 25-30 сеансов продолжительностью 50 минут в течение 6-8 месяцев и включает в себя следующие задачи:

- психообразование о социальной тревожности;
- создание безопасного позитивного терапевтического альянса для преодоления последствий отсутствия надежной привязанности;
- акцент на основном фокусе конфликтных отношений, связанных с симптомами социальной тревоги;
- стыд как мишень;
- поощрение участия в потенциально тревожных социальных ситуациях вне сеансов терапии;
- поддержка в развитии самоуважающего наблюдательного Я;
- помощь в улучшении социальных навыков.

В качестве основных техник в рамках динамической психотерапии используются прояснение, конфронтация и интерпретация. В терапии выделяются три фазы, которые не обязательно следуют друг за другом и могут иметь различную продолжительность, в зависимости от особенностей пациента.

- Всем пациентам с ТФР **рекомендуется** с целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, контролем над дыханием и мышечным напряжением использование релаксационных методов – 10-15 сеансов [2,74,161].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

***Комментарии:** существуют исследования как подтверждающие эффективность релаксационных методов при лечении ТФР, так и описывающие их ограниченные возможности. Использование биообратной связи позволяет пациенту обучиться регуляции своего состояния и возможности его мониторинга.*

- Пациентам с ТФР, у которых при сборе анамнеза выявлен внутриличностный конфликт, **рекомендуется** для снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, преодоления социальной тревожности, улучшения коммуникативных навыков, преодоления ограничительного поведения применение индивидуальной и / или групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии – 20-30 сеансов [2,74,161,236].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

***Комментарии:** Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия может быть отнесена к отечественному варианту психодинамического направления. Психотерапия направлена на восстановление нарушенной системы отношений больного*

через изучение его личностных особенностей, анализ и осознание специфики формирования системы отношений пациента, патогенной ситуации и невротического конфликта. Сбалансированное использование механизмов лечебного воздействия (конфронтации, эмоционально-корректирующего опыта и научения) позволяет изменять нарушенные отношения больного, учитывая три плоскости ожидаемых изменений (в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах). Основная задача заключается в том, чтобы в процессе психотерапии сам больной уловил взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию и проявлениями болезни – все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал. Кроме позитивной динамики на уровне симптоматических проявлений, существенно улучшается межличностное, социальное функционирование пациента, качество его жизни. Центральной мишенью психотерапевтических интервенций в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является самооценка, самоотношение, при формировании социальных фобий эта личностная структура всегда страдает. Пациент сомневается в себе, своих способностях, недоволен собственным поведением, внешностью, присваивает другим людям и считает, что окружающие воспринимают его также негативно, как и он себя. Решающим моментом служит завершающая процесс психотерапии, перестройка нарушенных отношений больного – изменения в восприятии себя, новые способы во взаимодействии с окружающими позволяют преодолеть социальную тревожность и наладить межличностное функционирование.

- Пациентам с ТФР и инсомнией с целью нормализации сна **рекомендуется** применение комплексной медико-психологической методики лечения пациентов с инсомнией [237].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: по данным исследований у пациентов с ТФР в 20-70% случаев встречаются инсомнические нарушения, представляющие фактор риска утяжеления течения ТФР, формирования вторичной инсофобии (боязни не уснуть) и развития коморбидных расстройств [238,239,240]. Особую актуальность проблема инсомнии имеет в случаях активно изучаемой в последнее время номофобии («no-mobile-phobia»), встречающейся среди 75%-100% молодых людей в возрасте от 18 до 35 лет как в развитых, так и в развивающихся странах [241,242]. Люди с номофобиями испытывают большую потребность в постоянной проверке своих мобильных устройств на наличие

уведомлений и обновлений статуса. Имеющиеся данные указывают на сильную связь между номофобией и проблемами со сном [243,244].

Проводилось открытое рандомизированное проспективное контролируемое исследование в параллельных группах с заслепленной рейтерской оценкой в соответствии с протоколом клинической апробации «Комплексная медико-психологическая методика лечения инсомнии» (индекс протокола: 2020-37-3). Результаты количественной оценки эффективности метода клинической апробации оценивались по семи показателям: улучшение субъективных характеристик сна; улучшение качества сна; снижение индекса тяжести инсомнии; снижение дневной сонливости; уменьшение последствий нарушений сна; снижение выраженности тревоги; улучшение общего клинического впечатления. Целевой результат был достигнут по всем показателям от 87 до 100%. И хотя изолированной выборки пациентов с ТФР не выделялось, значительное снижение тревоги и нормализация сна позволяет применять эти методики у пациентов с тревожными расстройствами, имеющими нарушения сна, в т.ч. с ТФР.

Комплексная медико-психологическая программа лечения инсомнии включает 10 индивидуальных сессий когнитивно-поведенческой психотерапии (с частотой 2 раза в неделю, время — 60 минут) и 10 сеансов комплексных психофизиологических методов (с частотой 3 раза в неделю, время — 60 минут), включающих в себя тренинг по диафрагмальному дыханию (45 минут), светолечение (15 минут). Общее количество встреч — 20. Длительность программы — 5 недель. В процессе индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии пациент обучается основным принципам гигиены сна, приемам, направленным на самостоятельное определение имеющегося нервно-психического напряжения и его снятие, навыку выявления и оспаривания дисфункциональных убеждений, касающихся представлений о сне, причинах инсомнии, способах ее коррекции, что в целом способствует формированию системы рационального мышления. Курс психотерапии в сочетании со светотерапией и диафрагмальным дыханием направлен на обучение пациента самоанализу и саморегуляции, что дает возможность самостоятельно следить за своим состоянием и регулировать его, распознавать начальные проявления болезненных состояний, самостоятельно предотвращать их или купировать, своевременно обращаться за квалифицированной медицинской помощью в случае необходимости.

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

- Всем пациентам с ТФР **рекомендуется** использовать реабилитационные мероприятия, мероприятия с целью укорочения временной утраты трудоспособности пациентов, ранней социализации в обществе, улучшения качества жизни [2,74].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Всем пациентам с ТФР с целью укорочения периода временной утраты трудоспособности пациентов, ранней социализации в обществе, улучшения качества жизни **рекомендуется** использовать социально-реабилитационную работу: социоцентрированные и психоцентрированные психотерапевтические методы [2,74].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Всем пациентам с ТФР в целях повышения качества и эффективности лечения в качестве специальных видов реабилитации **рекомендуется** клиничко-психологическая адаптация: семейная, социально-психологическая, профессиональная психотерапия и/или психокоррекция [2,74].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Пациентам с ТФР, имеющим выраженные или длительные фобические проявления, ограничительное поведение, в целях повышения качества и эффективности лечения как одна из важных форм реабилитационных мероприятий **рекомендуется** суппортивная психотерапия, которая может проводиться амбулаторно в виде индивидуальной и групповой психотерапии [2,74]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Всем пациентам с ТФР рекомендуются наблюдение и курация врачом-психотерапевтом или врачом-психиатром для коррекции терапии и корректной ее отмены, проведения психотерапии [2,74].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Всем пациентам с ТФР рекомендуется диспансерное наблюдение врачом-психиатром (В04.035.001 диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-психиатра) в случаях наличия суицидального риска, тяжелого течения, коморбидной психической патологии, резистентности к терапии с целью динамической оценки состояния, определения показаний для коррекции амбулаторного лечения, своевременной госпитализации в стационар [2,74].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

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

Специфической профилактики ТФР не существует. Профилактика ТФР заключается во внедрении принципов здорового образа жизни, мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья среди населения, ограничение употребления алкоголя и психоактивных веществ. А также информирование населения о признаках ТФР с целью раннего выявления и своевременного обращения за медицинской помощью.

- Всем пациентам с ТФР **рекомендуется** приверженность принципам здорового образа жизни, внедрение мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья среди населения в целях профилактики тревожных нарушений [1,2,74].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Всем пациентам с ФТР в целях снижения риска усложнения симптоматики рекомендовано как можно более раннее начало лечения, соблюдение надлежащего режима приема ПФТ и сессий психотерапии, а также коррекция сопутствующих факторов риска, связанных со здоровьем и образом жизни [268,269,270,271].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- В зависимости от тяжести течения ФТР с целью динамической оценки состояния, определения показаний для коррекции терапии и своевременной госпитализации в стационар пациентам рекомендуется регулярное амбулаторное наблюдение специалистами полипрофессиональной бригады, включая врача-психиатра, психотерапевта и социального работника [268,269,270,271].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарий: *Минимальная периодичность диспансерных приемов при течении заболевания, не потребовавшем госпитализации пациента в течение 3 лет, – 1 раз в 3 месяца; в случае госпитализации в течение 2 лет – не реже 1 раза в 2 месяца (в течение первого года – 1 раз в месяц).*

Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя в случаях, предусмотренных ч. 1 ст. 27 Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (далее - Закон № 3185-1).

«Решение вопросов о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначенной руководителем медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, или комиссией врачей-психиатров, назначенной органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения» (ч. 2 ст. 27 Закона N 3185-1). Такое освидетельствование возможно как при добровольном обращении лица за психиатрической помощью, так и недобровольно, при наличии показаний для недобровольного освидетельствования.

Основанием для установления диспансерного наблюдения является наличие хронического и затяжного психического расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (ч. 1 ст. 27 Закона № 3185-1).

Порядок диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями определен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июня 2022 г. N 453н “Об утверждении Порядка диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями”, вступивший в силу с 1 марта 2023 г.

В соответствии с приложением к Порядку, определено 5 групп диспансерного наблюдения: Д-1, Д-2, Д-3, Д-4, Д-5 (активное диспансерное наблюдение), внутри которых при необходимости могут выделяться подгруппы.

При выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица диспансерное наблюдение прекращается (ч. 4 ст. 27 Закона № 3185-1).

Группа диспансерного наблюдения	Хроническое и затяжное психическое расстройство с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, при наличии которого устанавливается группа диспансерного наблюдения	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Примечания
Д-1	Хроническое и затяжное психическое расстройство с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (далее - психическое расстройство), в связи с которым осуществлялась госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях (далее - медицинская организация), 1 раз в год и более (или) продолжительностью более 120 дней в течение 2 лет	Не реже 1 раза в месяц	Наличие (отсутствие) суицидальных мыслей и намерений или самоповреждающего поведения - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; симптомы, обуславливающие склонность к совершению общественно опасных действий, - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; вес (индекс массы тела), окружность талии - 1 раз в 3 месяца; артериальное давление - 1 раз в месяц; клинический анализ крови - не реже 1 раза в год; уровень пролактина в крови (при назначении антипсихотических лекарственных препаратов) - не реже 1 раза в год; электрокардиограмма - не реже 1 раза в год	В группе диспансерного наблюдения при необходимости определяются следующие подгруппы: Н - лица на начальных этапах психического расстройства; С - лица с суицидальными мыслями и намерениями; З - лица с психическими расстройствами и расстройствами поведения, имеющие коморбидные заболевания, связанные с употреблением психоактивных веществ; К - лица с низкой приверженностью к лечению; П - лица, получающие лечение лекарственными препаратами пролонгированного действия
Д-2	Психическое расстройство, в связи с которым осуществлялась госпитализация в медицинскую организацию 1 раз в 2 года и продолжительностью менее 120 дней в течение 2 лет	В течение первого года - не реже 1 раза в месяц; в дальнейшем - не реже 1 раза в 2 месяца	Наличие (отсутствие) суицидальных мыслей и намерений или самоповреждающего поведения - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; симптомы, обуславливающие склонность к совершению общественно опасных действий, - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; вес (индекс массы тела), окружность талии - 1 раз в 3 месяца; артериальное давление - 1 раз в 2 месяца; клинический анализ крови - не реже 1 раза в год; уровень пролактина в крови (при назначении антипсихотических лекарственных препаратов) - не реже 1 раза в год; электрокардиограмма - не реже 1 раза в год	

Д-3	Психическое расстройство, в связи с которым не осуществлялась госпитализация в медицинскую организацию в течение 3 лет и более	Не реже 1 раза в 3 месяца	Наличие (отсутствие) суицидальных мыслей и намерений или самоповреждающего поведения - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; симптомы, обуславливающие склонность к совершению общественно опасных действий, - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; вес (индекс массы тела), окружность талии - 1 раз в 3 месяца; артериальное давление - 1 раз в 3 месяца; клинический анализ крови - не реже 1 раза в год; уровень пролактина в крови (при назначении антипсихотических лекарственных препаратов) - не реже 1 раза в год; электрокардиограмма - не реже 1 раза в год	
Д-4	Психическое расстройство в стадии ремиссии или компенсации, в связи с которым не осуществлялась госпитализация в медицинскую организацию в течение 5 лет и более	Не реже 1 раза в год	Наличие (отсутствие) суицидальных мыслей и намерений или самоповреждающего поведения - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; симптомы, обуславливающие склонность к совершению общественно опасных действий, - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; вес (индекс массы тела), окружность талии - не реже 1 раз в год; артериальное давление - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; клинический анализ крови - не реже 1 раза в год; уровень пролактина в крови (при назначении антипсихотических лекарственных препаратов) - не реже 1 раза в год; электрокардиограмма - не реже 1 раза в год	
Д-5 (активное диспансерное наблюдение)	Психическое расстройство при установлении следующих фактов: 1) совершение лицом общественно опасных действий (в том числе по данным анамнеза); 2) назначение судом лицу принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях; 3) назначение судом лицу других видов	В течение 10 рабочих дней после установления диспансерного наблюдения; в дальнейшем не реже 1	Наличие (отсутствие) суицидальных мыслей и намерений или самоповреждающего поведения - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; симптомы, обуславливающие склонность к совершению общественно опасных действий, - при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врачом-психиатром; патопсихологическое	

	<p>принудительных мер медицинского характера (в том числе по данным анамнеза);</p> <p>4) принятие судебного решения о прекращении применения принудительных мер медицинского характера в медицинской организации;</p> <p>5) наличие у лица в структуре психического расстройства симптомов, обуславливающих склонность к совершению общественно опасных действий (императивные галлюцинации, некоторые формы бреда, психопатоподобные состояния с повышенной поведенческой активностью и патологией влечений и проч.) (в том числе по данным анамнеза)</p>	<p>раза в месяц</p>	<p>исследование - не реже 1 раза в год;</p> <p>вес (индекс массы тела), окружность талии - 1 раз в 3 месяца;</p> <p>артериальное давление - 1 раз в месяц;</p> <p>клинический анализ крови - не реже 1 раза в год;</p> <p>уровень пролактина в крови (при назначении антипсихотических лекарственных препаратов) - не реже 1 раза в год;</p> <p>наличие и (или) концентрация лекарственных препаратов и их метаболитов в биологических объектах (моча и (или) кровь) в рамках контроля за лечением, назначенным врачом-психиатром, - не реже 1 раза в 6 месяцев;</p> <p>электрокардиограмма - не реже 1 раза в год</p>	
--	--	---------------------	--	--

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- 1) высокая частота фобических приступов, требующая подбора фармакотерапии в стационаре;
- 2) выраженная тревога, требующая подбора фармакотерапии в стационаре;
- 3) наличие коморбидных психических расстройств, требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре;
- 4) наличие коморбидных соматических расстройств, требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре;
- 5) выраженные фобические состояния с ограничительным поведением, стойкая агорафобия, существенно затрудняющая передвижение пациента, выраженные социофобические состояния, распространяющиеся на многие сферы жизни пациента;
- 6) плохая переносимость медикаментозной терапии.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- 1) подбор адекватной и эффективной фармакотерапии;
- 2) отсутствие выраженных нежелательных явлений;
- 3) снижение частоты фобических приступов;

- 4) снижение уровня тревожности;
- 5) стабилизация психического состояния;
- 6) стабилизация соматического состояния;
- 7) купирование фобических состояний с преодолением ограничительного поведения.

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

7.1 Факторы (предикторы) способствующие затяжному течению

Основные предикторы затяжного течения ТФР [2,29,74]

Предикторы непрерывного течения затяжных форм	<ul style="list-style-type: none"> • преморбидная минимальная церебральная дефицитарность; • правосторонний тип функциональной межполушарной асимметрии; • эмоциональное пренебрежение со стороны значимых лиц в родительской семье, что приводит к биопсихосоциальной констелляции, препятствующей разрешению конфликтов, связанных с неудачным опытом ранних отношений, интеграции нового опыта, формированию устойчивой самооценки и определяющей снижение адаптационного потенциала личности
Предикторы волнообразного течения затяжных форм	<ul style="list-style-type: none"> • личностные особенности индивида, определяющие его уязвимость к стрессовым воздействиям, затрагивающим наиболее значимые отношения личности и имеющим сходный (стереотипный) характер
Психологические предикторы затяжного течения	<ul style="list-style-type: none"> • использование психологической защиты в виде вытеснения; • интернальность в отношении к болезни; • более глубокие нарушения нарциссической регуляции, формирующие нестабильность самооценки, высокую уязвимость к критике, • избирательное внимание к неудачному опыту; • трудности в построении межличностных отношений, проявляющиеся либо избеганием контактов, либо поиском патерналистских отношений, обеспечивающих поддержание позитивной самооценки
Социальные предикторы затяжного течения	<ul style="list-style-type: none"> • воспитание матерью-одиночкой, • развод/расставание родителей, • дисгармоничные отношения в родительской семье, что указывает на особую значимость семейных отношений в формировании у больных с хроническим затяжным

	течением невротических расстройств навыков проблемно-решающего поведения
Клинические предикторы затяжного течения	<ul style="list-style-type: none"> • коморбидные психические расстройства • коморбидные соматические расстройства • злоупотребление психоактивными веществами • пролонгированная актуальная стрессовая ситуация в сочетании с низкой фрустрационной толерантностью • терапевтическая резистентность

Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ТФР (коды по МКБ-10: F40.00, F40.01, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9)

№	Критерий качества	Оценка выполнения
1	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра / врача-психотерапевта первичный с проведением развернутого клинико-психопатологического обследования (включая сбор анамнеза, оценку суицидального риска, выраженность фобических проявлений и ограничительного поведения)	Да/Нет
2	Выполнено экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (при установлении диагноза).	Да/Нет
3	Выполнено индивидуальное клинико-психологическое консультирование	Да/Нет
4	Выполнено назначение антидепрессантов и/или анксиолитиков (в качестве купирующей или поддерживающей и профилактической терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5	Проведена смена терапии при отсутствии эффекта или непереносимости терапии	Да/Нет
6	Проведена индивидуальная и / или групповая психотерапия, социально-реабилитационная работа	Да/Нет
7	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра / врача психотерапевта повторный с проведением оценки эффективности лечения	Да/Нет

Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ТФР (коды по МКБ-10: F40.00, F40.01, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9)

№	Критерий качества	Оценка выполнения
1	Выполнен прием (осмотр, консультация) врачом-психиатром / врачом-психотерапевтом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара с оценкой эффективности курса терапии	Да/Нет
2	Выполнено экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (при установлении диагноза).	Да/Нет
3	Выполнено индивидуальное клинико-психологическое консультирование	Да/Нет
4	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет

5	Проведено лечение антидепрессантами и/или анксиолитиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6	Проведена индивидуальная и / или групповая психотерапия, социально-реабилитационная работа	Да/Нет
7	Проведена смена терапии при отсутствии эффективности или непереносимости терапии	Да/Нет
8	Проведена оценка эффективности и безопасности продолжения противорецидивной амбулаторной терапии.	Да/Нет

Список литературы

1. Психиатрия. Национальное руководство / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. – 2-у изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1008 с.
2. Караваева Т. А. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств / Т. А. Караваева, А. П. Коцюбинский. – Санкт-Петербург: Спецлит, 2017. – 286 с.
3. Hyett M. P. Social anxiety disorder: looking back and moving forward / M. P. Hyett, P. M. McEvoy // *Psychol Med.* – 2018. – Vol. 48 (12). – P. 1937–1944. – doi: 10.1017/S0033291717003816
4. Eaton W.W. Specific phobias. / W. W. Eaton, O. J. Bienvenu, B. Miloyan // *Lancet Psychiatry.* – 2018. – Vol. 5 (8). – P. 678–686. – doi: 10.1016/S2215-0366(18)30169-X.
5. Beşirli A. The relationship between impulsivity and panic disorder-agoraphobia: the role of affective temperament / A. Beşirli // *Psychiatry Research.* – 2018. – Т. 264. – С. 169–174.
6. Piccirillo M. L. Safety Behaviors in Adults With Social Anxiety: Review and Future Directions / M. L. Piccirillo, M. Taylor Dryman, R. G. Heimberg // *BehavTher.* – 2016. – Vol. 47(5)/ – P. 675–687. – doi: 10.1016/j.beth.2015.11.005.
7. Manning R. P. A systematic review of adult attachment and social anxiety / R. P. Manning, J. M. Dickson, J. Palmier-Claus et al. // *J. Affect. Disord.* – 2017. – Vol. 15 (211). – P.44–59. – doi: 10.1016/j.jad.2016.12.020.
8. Spence S. H. The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model / S. H. Spence, R. M. Rapee // *Behav. ResTher.* – 2016. – Vol. 86. – P. 50–67. – doi: 10.1016/j.brat.2016.06.007.
9. Мякотин И. М. Особенности детско-родительских отношений и условий развития ребенка при социальной фобии / И. М. Мякотин, Е. Н. Юрасова // *Актуальные проблемы науки: ИГУМО и ИТ как исследовательский центр.* – 2015. – № 18. – С. 165–176.

10. Cremers H. R. Social anxiety disorder: a critical overview of neurocognitive research / H. R. Cremers, K. Roelofs // *Wiley Interdiscip. Rev. Cogn Sci.* – 2016. – Vol. 7 (4). – P. 218–232. – doi: 10.1002/wcs.1390.
11. Liu H. Effects of cognitive bias modification on social anxiety: A meta-analysis / H. Liu, X. Li, B. Han, X. // *Liu // PLoS One.* – 2017. – Vol. 12 (4). – e0175107. – doi: 10.1371/journal.pone.0175107.
12. Scaini S. Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: a meta-analytic approach to twin data / S. Scaini, R. Belotti, A. Ogliari // *J. Anxiety Disord.* – 2014. – Vol. 28 (7). – P. 650–656. – doi: 10.1016/j.janxdis.2014.07.002
13. Stein M. B. Genetic risk variants for social anxiety / M. B. Stein, C.Y. Chen, S. Jain et al. // *Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr. Genet.* – 2017. – Vol. 174 (2). – P. 120–131. – doi: 10.1002/ajmg.b.32520.
14. Bas-Hoogendam J. M. Voxel-based morphometry multi-center mega-analysis of brain structure in social anxiety disorder. / J. M. Bas-Hoogendam, H. van Steenbergen, J. Nienke Pannekoek // *Neuroimage Clin.* – 2017. – Vol. 16. – P. 678–688. – doi: 10.1016/j.nicl.2017.08.001.
15. Brühl A. B. Neuroimaging in social anxiety disorder—a meta-analytic review resulting in a new neurofunctional model / A. B. Brühl, A. Delsignore, K. Komossa et al. // *Biobehav. Rev.* – 2014. – Vol. 47. – P. 260–280. –doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.08.003.
16. Cremers H. R. Roelofs K. Social anxiety disorder: a critical overview of neurocognitive research. / H. R. Cremers, K. Roelofs // *Wiley Interdiscip. Rev. Cogn. Sci.* – 2016. – Vol. 7 (4). – P. 218–232. – doi: 10.1002/wcs.1390.
17. Garcia R. Neurobiology of fear and specific phobias / R. Garcia // *Learn Mem.* – 2017. – Vol. 24 (9). – P. 462–471. – doi: 10.1101/lm.044115.116
18. Gentili C. ROI and phobias: The effect of ROI approach on an ALE meta-analysis of specific phobias / C. Gentili, S. Messerotti Benvenuti, G. Lettieri // *Hum. Brain Mapp.* – 2019. – Vol. 40 (6). – P. 1814–1828. – doi: 10.1002/hbm.24492.
19. Gottschalk M. G. Orexin in the anxiety spectrum: association of a HCRTR1 polymorphism with panic disorder/agoraphobia, CBT treatment response and fear-related intermediate phenotypes / M. G. Gottschalk, J. Richter, C. Ziegler et al. // *Transl. Psychiatry.* – 2019. – Vol. 9 (1). – P.75. – doi: 10.1038/s41398-019-0415-8
20. Jenkins L. M. Shared white matter alterations across emotional disorders: A voxel-based meta-analysis of fractional anisotropy / L. M. Jenkins, A. Barba, M. Campbell et al. // *Neuroimage Clin.* – 2016. – Vol. 12. – P. 1022–1034. – DOI: 10.1016/j.nicl.2016.09.001

21. LeDoux J. E. Using Neuroscience to Help Understand Fear and Anxiety: A Two-System Framework / J. E. LeDoux, D. S. Pine // *Am. J. Psychiatry*. – 2016. – Vol. 173 (11). – P. 1083–1093. – DOI: 10.1176/appi.ajp.2016.16030353
22. Michopoulos V. Inflammation in Fear- and Anxiety-Based Disorders: PTSD, GAD, and Beyond / V. Michopoulos, A. Powers, C. F. Gillespie et al. // *Neuropsychopharmacology*. – 2017. – Vol. 42 (1). – P. 254–270. – doi: 10.1038/npp.2016.146
23. Asher M. Gender differences in social anxiety disorder: A review / M. Asher, A. Asnaani, I. M. Aderka // *Clin. Psychol. Rev.* – 2017. – Vol. 56. – P. 1–12. – doi: 10.1016/j.cpr.2017.05.004
24. O'Connell M. A. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis / M. A. O'Connell, P. Leahy-Warren, A. S. Khashan et al. // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 2017. – Vol. 96 (8). – P. 907–920. – doi: 10.1111/aogs.13138
25. Ганзин И. В. Исследование распространенности и типологии фобических расстройств / И. В. Ганзин // *Гуманитарные науки*. – 2016. – № 1 (33). – С. 11–19.
26. Назарова О. М. Возрастные особенности возникновения фобий / О. М. Назарова, Ю. А. Пронина // *Вестник Саратовского областного института развития образования*. – 2016. – № 3 (7). – С. 37–42.
27. Kessler R. C. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication / R. C. Kessler, W. T. Chiu et al. // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 63 (4). – P. 415–424.
28. Мартынихин И. А. Гендерные различия эпидемиологии и патогенеза депрессивных и тревожных расстройств в контексте их влияния на эффективность терапии сертралином (Золофтом). / И. А. Мартынихин // *Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина*. – 2019. – № 3. – С. 52–58.
29. Караваева Т. А. Критерии и алгоритм диагностики тревожно-фобических расстройств / Т. А. Караваева, А. В. Васильева, С. В. Полтораки и др. // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. – 2015. – № 4. – С. 117–122.
30. Samra C. K. Specific Phobia [Электронный ресурс] / С. К. Samra // *StatPearls [Medical Pearls PubMed Reference Treasure]*. – Island (FL): StatPearls Publishing; 2019. – Режим доступа: https://knowledge.statpearls.com/chapter/psychiatry-child_adolescent/29262/

31. Kogan C. S. The Classification of Anxiety and Fear-Related Disorders in the ICD-11. / C. S. Kogan, D. J. Stein, M. Maj // *Depressio Anxiety*. – 2016. – Vol. 33 (12). – P. 1141–1154. – doi: 10.1002/da.22530
32. Попов Ю. В. Современная клиническая психиатрия. / Ю. В. Попов, В.Д. Вид. –СПб.: Речь, 2000. – 402 с.
33. Исраилова Х. З. Фобия / Х. З. Исраилова, Д. А. Шатаева, А. Н. Алгаев // *Известия Чеченского государственного университета*. – 2018. – № 3 (11). – С. 132–135.
34. Коковина А. А. Страхи и фобии. В чем отличие? 11 [Электронный ресурс] / А. А. Коковина, К. С. Гордеев, А. А. Жидков, М. Е. Кокарева // *Психология, социология и педагогика: электронный научный журнал*. – 2017. – № 11 (74). – Режим доступа: URL: <http://psychology.snauka.ru/2017/11/8425> (дата обращения: 08.02.2019).
35. Цыганков Д. Б. Клинико-психологические предикторы неблагоприятного течения и исхода агорафобии с паническим расстройством / Д. Б. Цыганков, О. А. Голдобина, И. Б. Позэ и др. // *Психическое здоровье*. – 2012. – Т. 10, № 2 (69). – С. 52–58.
36. Погосова И. А. Клинические и психологические особенности больных паническим расстройством и агорафобией / И. А. Погосова // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2016. – № 3 (92). – С. 23–28.
37. Бондаренко А. С. Защитные механизмы психики у лиц с агорафобией / Бондаренко А. С. // *Теоретические и прикладные аспекты современной науки*. – 2015. – № 7-10. – С. 24–26.
38. Домнина А. И. Агорафобия [Электронный ресурс] / А. И. Домнина, А. С. Мочалова, А. И. Торопова, Е. М. Шамина // *Современные научные исследования и инновации: электронный науч.-практ. журн.* – 2018. – № 12 (92). –Режим доступа: URL: <http://web.snauka.ru/issues/2018/12/88198> (дата обращения: 26.03.2019).
39. Сергеев И. И. Варианты, прогноз транспортных фобий и их влияние на социальное функционирование жителей мегаполиса / И. И. Сергеев, О. В. Михалевская // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2013. – Т. 15, № 3. – С. 4–8.
40. Стаценко О. А. Клинико-динамические особенности агорафобии с паническим расстройством невротического генеза / О. А. Стаценко, Т. И. Иванова // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2011. – № 1 (64). – С. 27–30.
41. Стаценко О. А. Патогенетические аспекты динамики агорафобии с паническим расстройством / О. А. Стаценко, Т. И. Иванова // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2011. – № 5 (68). – С. 24–28.

42. Бердин Р. Д. Виртуальная аддикция и социальная фобия: психотерапевтический и профилактический аспект / Р. Д. Бердин // Бакалавр. – 2015. – № 3-4 (4-5). – С. 15–17.
43. Воробьева Т. М. Критерии психофизиологических нарушений и терапевтических эффектов их коррекции у больных с социальной фобией и в сочетании с аддикциями / Т. М. Воробьева, Л. Н. Пайкова, А. Г. Плотников и др. // Психическое здоровье. – 2011. – Т. 9, № 8 (63). – С. 41–52.
44. Мякотин И. С. Взаимосвязь копинг-стратегий и особенностей идентичности при социальной фобии / И. С. Мякотин // Ярославский педагогический вестник. – 2018. – № 3. – С. 200–206.
45. Мякотин И. С. Особенности идентичности при социальной фобии / И. С. Мякотин // Ярославский педагогический вестник. – 2017. – № 3. – С. 189–193.
46. Мякотин И. С. Особенности совладающего поведения при социальной фобии / И. С. Мякотин // Universum: психология и образование. – 2016. – № 10 (28). – С. 42–44.
47. Мякотин И. С. Социальная фобия и нарушение психологических границ в детском и подростковом возрасте / И. С. Мякотин // Теория и практика общественного развития. – 2015. – № 18. – С. 363–365.
48. Никитина И. В. Социальная тревожность и социальное познание (обзор зарубежных исследований) / И. В. Никитина // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 4 (83). – С. 65–79.
49. Никитина И. В. Социальная тревожность: содержание понятия и основные направления изучения. часть 1 / И. В. Никитина, А. Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 1. – С. 80–85.
50. Никитина И. В. Социальная тревожность: содержание понятия и основные направления изучения. Часть 2 / И. В. Никитина, А. Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 1. – С. 60–67.
51. Никитина И. В. Социальная тревожность у пациентов с расстройствами аффективного спектра / И. В. Никитина, А. Б. Холмогорова, В. В. Краснова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 30–35.
52. Павлович С. А. Эмоциональные нарушения и генетические особенности у лиц молодого возраста с социальными фобиями в сочетании с пароксизмальными проявлениями агрессивности / С. А. Павлович, Н. Б. Филимонова, Т. М. Воробьева и др. // Психическое здоровье. – 2010. – Т. 8, № 5 (48). – С. 51–57.

53. Сагалакова О. А. Синдром социальной фобии и его психологическое содержание / О. А. Сагалакова, Д. В. Труевцев, И. Я. Стоянова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117, № 4. – С. 15–22.
54. Юрасова Е. Н. Феномен паттернов отношений родителей к ребенку при социальной фобии / Е. Н. Юрасова, И. С. Мякотин // Актуальные проблемы науки: ИГУМО и ИТ как исследовательский центр. – 2017. – № 19. – С. 137–143.
55. Фролова Е. В. Самые необычные фобии / Е. В. Фролова // Справочник врача общей практики. – 2019. – № 7. – С. 71–74.
56. McLennon J. The fear of needles: A systematic review and meta-analysis. / J. McLennon , M. A. M. Rogers. // J. Adv Nurs. – 2019. – Vol. 75 (1). – P. 30–42. – doi: 10.1111/jan.13818
57. Purssell E. Fever phobia: The impact of time and mortality--a systematic review and meta-analysis / E. Purssell, J. Collin // Int. J. Nurs. Stud. – 2016. – Vol. 56. – P. 81–89. – doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.11.001.
58. Schindler B. CME: Fear of Flying and Flying Phobia / B. Schindler // Praxis (Bern 1994). – 2018. – Vol. 107 (12). – P. 623–628. – doi: 10.1024/1661-8157/a002980.
59. Vadakkan C. Claustrophobia[Электронный ресурс] / C. Vadakkan, W. Siddiqui // StatPearls [MedicalPearls PubMed ReferenceTreasure]. – Island (FL): StatPearls Publishing; 2019. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542327/>
60. Баскаева Е. В. Этническая фобия как разрушительная сила (политологический аспект) / Е. В. Баскаева // Вестник Владикавказского научного центра. – 2012. – Т. 12, № 1. – С. 16–18.
61. Крупеникова Л. Ш. Интернет-фобии как феномен виртуальной реальности / Л. Ш. Крупеникова, В. И. Курбатов // Научный взгляд в будущее. – 2016. – Т. 3, № 1. – С. 347–349.
62. Нигматуллина Т. А. Устойчивое противодействие поликультурным фобиям в молодежной среде: технологии их формирования / Т. А. Нигматуллина // Труд и социальные отношения. – 2015. – № 2. – С. 103–113.
63. Фролова Е. В. Самые необычные фобии / Е. В. Фролова // Главврач. – 2019. – № 4. – С. 75–81.
64. Bulley A. An evolutionary perspective on the co-occurrence of social anxiety disorder and alcohol use disorder / A. Bulley, B. Miloyan, B. Brilotet al. // J. Affect. Disord. – 2016. – Vol. 196. – P. 62–70. –doi: 10.1016/j.jad.2016.02.028.

65. Emdin C. A. Meta-Analysis of Anxiety as a Risk Factor for Cardiovascular Disease / C. A. Emdin, A. Odutayo, C. X. Wong // *Am. J. Cardiol.* –2016. – Vol. 118 (4). – P.511–519. – doi: 10.1016/j.amjcard.2016.05.041.
66. Kerr-Gaffney J. Social anxiety in the eating disorders: a systematic review and meta-analysis. / J. Kerr-Gaffney, A. Harrison, K. Tchanturia // *Psychol. Med.* – 2018. – Vol. 48 (15). – P. 2477–2491. –doi: 10.1017/S0033291718000752
67. Miloyan B. The association of Social Anxiety Disorder, Alcohol Use Disorder and reproduction: Results from four nationally representative samples of adults in the USA. / B. Miloyan, A. Bulley, B. Brilotet al. // *PLoS One.* – 2017. – Vol. 12 (11): e0188436. – doi: 10.1371/journal.pone.0188436
68. Miloyan B. Longitudinal association between social anxiety disorder and incident alcohol use disorder: results from two national samples of US adults. / B. Miloyan, G. Van Doorn // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2019. – Vol. 54 (4). – P. 469–475. – doi: 10.1007/s00127-018-1569-z.
69. Batinic B. Comorbidity and Suicidality in Patients Diagnosed with Panic Disorder / Agoraphobia and Major Depression. / B. Batinic, G. Opacic, T. Ignjatovet al. // *Psychiatr. Danub.* – 2017. – Vol. 29 (2). – P. 186–194.
70. Павличенко А. В. Паническое расстройство с агорафобией: вопросы диагностики и коморбидность / А. В. Павличенко, Д. А. Чугунов // *Независимый психиатрический журнал.* – 2012. – № 2. – С. 16–23.
71. Zugliani M. M. Personality Traits in Panic Disorder Patients With and Without Comorbidities. / M. M. Zugliani, R. Martin-Santos, A. E. Nardi et al. // *Expert. Opin. DrugSaf.* – 2018. – Vol. 17 (3). – P. 315–324. – doi: 10.1080/14740338.2018.1429403.
72. Александровский Ю.А. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике [Электронный ресурс]: руководство для практикующих врачей / под общ. ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова –М. :Литтерра, 2014. – 1080 с. (Серия «Рациональная фармакотерапия») – ISBN 978-5-4235-0134-1 – Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>.
73. Караваева Т. А. Принципы и алгоритмы психофармакологического лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) / Т. А. Караваева, А. В. Васильева, С. В. Полтораки и др. // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* – 2016.– № 1. – С. 3–9.

74. Караваева Т. А. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) / Т. А. Караваева, А. В. Васильева, С. В. Полторак // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* – 2016.– № 4. – С. 42–51.
75. Imai H. Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults / H. Imai, A. Tajika, P. Chen et al. // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2016. – Issue 10. – Art. No CD011170. – DOI: 10.1002/14651858.CD011170.pub2
76. Bandelow B. Treatment of anxiety disorders / B. Bandelow, S. Michaelis, D. Wedekind // *Dialogues Clin. Neurosci.* – 2017. – Vol. 19 (2). – P. 93–107.
77. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, Costa DLDC, Denys D, Dilbaz N, Domschke K, Eriksson E, Fineberg NA, Hättenschwiler J, Hollander E, Kaiya H, Karavaeva T, Kasper S, Katzman M, Kim YK, Inoue T, Lim L, Masdrakis V, Menchón JM, Miguel EC, Möller HJ, Nardi AE, Pallanti S, Perna G, Rujescu D, Starcevic V, Stein DJ, Tsai SJ, Van Ameringen M, Vasileva A, Wang Z, Zohar J. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - Version 3. Part I: Anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry.* 2023 Feb;24(2):79-117. doi: 10.1080/15622975.2022.2086295. Epub 2022 Jul 28. PMID: 35900161
78. Curtiss J. A meta-analysis of pharmacotherapy for social anxiety disorder: an examination of efficacy, moderators, and mediators / J. Curtiss, L. Andrews, M. Davis et al. // *Expert. Opin. Pharmacother.* – 2017. – Vol. 18 (3). – P. 243–251. – doi: 10.1080/14656566.2017.1285907
79. Davis M. L. Update on the efficacy of pharmacotherapy for social anxiety disorder: a meta-analysis / M. L. Davis, J. A. Smits, S. G. Hofmann. // *Expert. Opin. Pharmacother.* – 2014. – Vol. 15 (16). – P. 2281–2291. – doi: 10.1517/14656566.2014.955472
80. Wang Z. Comparative Effectiveness and Safety of Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Childhood Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis / Z. Wang, S. P. H. Whiteside, L. Sim et al. // *JAMA Pediatr.* – 2017. – Vol. 171 (11). – P. 1049–1056. – doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.3036.
81. Williams T. Pharmacotherapy for social anxiety disorder (SAnD) / T. Williams, C.J. Hattingh, C.M. Kariuki et al. // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2017. – Issue10. – Art. No CD001206. – doi: 10.1002/14651858.CD001206.pub3.

82. Cuijpers P. Добавление психотерапии к антидепрессантам при депрессивных и тревожных расстройствах: мета-анализ / P. Cuijpers, M. Sijbrandij, S. L. Koole et al. // Всемирная психиатрия. – 2014. – Vol. 01. – P. 56–66
83. Furukawa T. A. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia / T. A. Furukawa, N. Watanabe, R. Churchill et al. // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2007. – Issue 1. – Art. No.: CD004364. – DOI: 10.1002/14651858.CD004364.pub2
84. Singewald N. Pharmacology of cognitive enhancers for exposure-based therapy of fear, anxiety and trauma-related disorders / N. Singewald, C. Schmuckermair, N. Whittle et al. // Pharmacol. Ther. – 2015. – Vol. 149. – P. 150–190. – doi: 10.1016/j.pharmthera.2014.12.004.
85. Yuchen Li. Therapy for Adult Social Anxiety Disorder: A Meta-Analysis of Functional Neuroimaging Studies / Li. Yuchen, M. Yajing, Y. Minlan et al. // J. Clin. Psychiatry. – 2016. – Vol. 77 (11) : e1429-e1438. –doi: 10.4088/JCP.15r10226
86. Троицкий М. С. Возможности немедикаментозной и лекарственной терапии тревожных расстройств (обзор литературы) / М. С. Троицкий, А. Р. Токарев, М. В. Паньшина // Вестник новых медицинских технологий. – 2018. – Т. 25, № 1. – С. 61–70.
87. Arroll B. A systematic review and meta-analysis of treatments for acrophobia / B. Arroll, H. B. Wallace, V. Mount // Med. J. Aust. –2017. – Vol. 206 (6). – P. 263–267. – DOI: 10.5694/mja16.00540
88. de Vries Y. A. Initial severity and antidepressant efficacy for anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and posttraumatic stress disorder: An individual patient data meta-analysis / Y. A. de Vries, A. M. Roest, J. G. M. Burgerhof et al. // *Depress. Anxiety*. – 2018. – Vol. 35 (6). – P. 515–522. – doi: 10.1002/da.22737.
89. Baldwin D. S. Efficacy of escitalopram in the treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis versus placebo / D. S. Baldwin, S. Asakura, T. Koyama et al. // *Eur. Neuropsychopharmacol.* – 2016. – Vol. 26 (6). – P. 1062–1069. –doi: 10.1016/j.euroneuro.2016.02.013.
90. Liu X. Efficacy and tolerability of fluvoxamine in adults with social anxiety disorder: A meta-analysis / X. Liu, X. Li, C. Zhanget al. // *Medicine (Baltimore)*. – 2018. – Vol. 97 (28): e11547. – doi: 10.1097/MD.00000000000011547
91. Иванец Н. Н. Психофармакотерапия тревожных расстройств у больных пожилого возраста: эффективность, переносимость и современная роль лечения

- анксиолитиками / Н. Н. Иванец, М. А. Кинкулькина, Т. И. Авдеева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 2. – С. 60–71.
92. Фурсов Б. Б. Применение алпразолама в клинической практике / Б. Б. Фурсов, О. О. Папеуев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 1. – С. 95–100.
93. Ammar G. Treatment-resistant anxiety disorders: A literature review of drug therapy strategies / G. Ammar, W.J. Naja, A. Pelissolo et al. // *Encephale*. – 2015. – Vol. 41 (3). – P. 260–265. – doi: 10.1016/j.encep.2013.11.002.
94. Bantin T. What does the facial dot-probe task tell us about attentional processes in social anxiety? A systematic review / T. Bantin, S. Stevens, A. L. Gerlach, C. Hermann // *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*. – 2016. – Vol. 50. – P. 40–51. – doi: 10.1016/j.jbtep.2015.04.009.
95. Kawalec P. Pregabalin for the treatment of social anxiety disorder / P. Kawalec, A. Cierniak, A. Pilc, G. Nowak // *Expert. Opin. Investig. Drugs*. – 2015. – Vol. 24 (4). – P. 585–594. – doi: 10.1517/13543784.2014.979283
96. Barkowski S. Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials / S. Barkowski, D. Schwartze, B. Strauss et al. // *J. Anxiety Disord*. – 2016. – Vol. 39. – P. 44–64. – doi: 10.1016/j.janxdis.2016.02.005.
97. Gregory B. Changes in the self during cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review / B. Gregory, L. Peters // *Clin. Psychol. Rev.* – 2017. – Vol. 52. – P. 1–18. – doi: 10.1016/j.cpr.2016.11.008.
98. Pompoli A. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis / A. Pompoli., T. A. Furukawa, H. Imai et al. // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2016. – Issue 4. – Art. No CD011004. – doi: 10.1002/14651858.CD011004.
99. Breitbart J. Panikstörung und Agoraphobie hausärztlich behandelt: Vorzüge und Fallstricke eines Praxisteam-unterstützten Expositionstrainings aus Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten – eine qualitative Studie [Panic disorder and agoraphobia in general practice: Advantages and pitfalls of a practice team-supported exposure training from the general practitioner's perspective – a qualitative study] / J. Breitbart, T. S. Hiller, E. Schöne et al. // *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswes.* – 2019. – Vol. 143. – P. 15–20. – doi: 10.1016/j.zefq.2019.05.002.
100. Breuninger C. Dysfunctional cognition and self-efficacy as mediators of symptom change in exposure therapy for agoraphobia – Systematic review and meta-analysis / C. Breuninger, B. Tuschen-Caffier, J. Svaldi // *Behav. Res. Ther.* – 2019. – Vol. 120. – P. 103443. – doi: 10.1016/j.brat.2019.103443.

101. Корнеева Т. П. Особенности психологического консультирования клиентов с фобиями и страхами / Т. П. Корнеева, А. Ю. Заболотнева // Поиск (Волгоград). – 2016. – № 1 (3). – С. 21–24.
102. Закревский А. А. Метафорические концепты в работе с зависимостями и фобиями / А. А. Закревский // Проблемы современного педагогического образования. – 2019. – № 63-62. – С. 325–328.
103. Zaharia C. Evidence-based NeuroLinguistic Psychotherapy: a meta-analysis / C. Zaharia, M. Reiner, P. Schütz // Psychiatr. Danub. – 2015. – Vol. 27 (4). – P. 355–363.
104. Pelissolo A. Hypnosis for anxiety and phobic disorders: A review of clinical studies / A. Pelissolo // Presse Med. – 2016. – Vol. 45 (3). – P. 284–290. – doi: 10.1016/j.lpm.2015.12.002.
105. Walz L.C. Experience sampling and ecological momentary assessment for studying the daily lives of patients with anxiety disorders: a systematic review / L.C. Walz, M. H. Nauta, M. Aan Het Rot // J. Anxiety Disord. – 2014. – Vol. 28 (8). – P. 925–937. – doi: 10.1016/j.janxdis.2014.09.022
106. Cuijpers P. Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis / P. Cuijpers, C. Gentili, R. M. Banos et al. // J. Anxiety Disord. – 2016. – Vol. 43. – P. 79–89. – doi: 10.1016/j.janxdis.2016.09.003.
107. Cuijpers P. Насколько эффективна когнитивно-поведенческая терапия в лечении большого депрессивного расстройства и тревожных расстройств? Актуальный метаанализ данных / P. Cuijpers, I. A. Cristea, E. Karyotaki et al. // Всемирная психиатрия. – 2016. – № 3. – P. 243–256.
108. Porter E. A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia / E. Porter, D. L. Chambless // Clin. Psychol. Rev. – 2015. – Vol. 42. – P. 179–192. – doi: 10.1016/j.cpr.2015.09.004.
109. Ohst B. Catastrophic misinterpretation of bodily sensations and external events in panic disorder, other anxiety disorders, and healthy subjects: A systematic review and meta-analysis. / B. Ohst, B. Tuschen-Caffier // PLoS One. – 2018. – Vol. 13 (3) : e0194493. – doi: 10.1371/journal.pone.0194493.
110. Stech E. P., Internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder with or without agoraphobia: a systematic review and meta-analysis. / E. P. Stech, J. Lim, E. L. Upton // J. Affect. Disord. – 2019. – Vol. 257. – P. 376–381. – doi: 10.1016/j.jad.2019.07.033

- 111.Zaharia C. Evidence-based Neuro Linguistic Psychotherapy: a meta-analysis. / C. Zaharia, M. Reiner, P. Schütz // *Psychiatr. Danub.* –2015. – Vol. 27 (4). – P. 355–363.
- 112.Pelissolo A. Hypnosis for anxiety and phobic disorders: A review of clinical studies / Pelissolo A. // *Presse Med.* – 2016. – Vol. 45 (3). – P. 284–290. –doi: 10.1016/j.lpm.2015.12.002.
- 113.Stech E. P. Internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder with or without agoraphobia: a systematic review and meta-analysis / E. P. Stech, J. Lim, E. L. Upton // *Cogn. Behav. Ther.* – 2019. – Vol. 15. – P. 1-24. – doi: 10.1080/16506073.2019.1628808.
- 114.Breuninger C, Tuschen-Caffier B, Svaldi J. Dysfunctional cognition and self-efficacy as mediators of symptom change in exposure therapy for agoraphobia - Systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther.* 2019 Sep;120:103443. doi: 10.1016/j.brat.2019.103443. Epub 2019 Jul 26. PMID: 31374484.
- 115.Bouchard S. Description of a Treatment Manual for Invirtuo Exposure with Specific Phobia. In: C. Eichenberg / S. Bouchard, G. Robillard, S. et al. // *Virtual Reality in Psychological, Medical and Pedagogical Applications* / ed. by C. Eichenberg. – Rijeka, Croatia: InTech,2012. – Ch. 4. – P. 81–108. – <http://dx.doi.org/10.5772/46417>
- 116.Meyerbröker K. Virtual Reality Exposure Treatment of Agoraphobia: a Comparison of Computer Automatic Virtual Environment and Head-Mounted Display / K. Meyerbröker, N. Morina, G. Kerkhof, P. Emmelkamp // *Annual Review of Cyber Therapy and Telemedicine – 2011* / ed. by B. K. Wiederhold et al. – Sun Diego (USA): Interactive Media Institute, 2011. – Vol. 167: *Evidence-Based Clinical Application of Information Tecnology.* – P. 40–45.
- 117.Michaliszyn D. A randomized, controlled clinical trial of in virtuo and in vivo exposure for spider phobia / D. Michaliszyn, A. Marchand, S. Bouchard et al. // *Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw.* – 2010. – Vol. 13. – P. 689–695. – DOI: 10.1089/cyber.2009.0277
- 118.Rinck M. Attentional and behavioural responses of spider fearfuls to virtual spiders / M. Rinck, L. Kwakkenbos, R. Dotsch et al. // *Cognition & Emotion.* – 2010. – Vol. 24 (7). – P. 1199–1206. – doi:10.1080/02699930903135945
- 119.Rothbaum B.O. Virtual reality exposure therapy and standard (in vivo) exposure therapy in the treatment of fear of flying / B.O. Rothbaum, E. Zimand, L. Hodges et al. // *Behav. Ther.* – 2006. – Vol. 37. – P. 80–90. – DOI: 10.1016/j.beth.2005.04.004
- 120.Schröder D, Wrona KJ, Müller F, Heinemann S, Fischer F, Dockweiler C. Impact of virtual reality applications in the treatment of anxiety disorders: A systematic review and meta-

- analysis of randomized-controlled trials. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2023 Dec;81:101893. doi: 10.1016/j.jbtep.2023.101893. Epub 2023 Jul 1. PMID: 37453405.
121. Botella C. Recent Progress in Virtual Reality Exposure Therapy for Phobias: A Systematic Review / C. Botella, J. Fernández-Álvarez, V. Guillén et al. // *N. Engl. J. Med.* – 2017. – Vol. 376 (23). – P. 255–2264. – doi: 10.1056/NEJMcp1614701.
122. Botella C. Virtual reality exposure in the treatment of panic disorder and agoraphobia: a controlled study / C. Botella, A. García-Palacios, H. Villa et al. // *Clin. Psychol. Psychother.* – 2007. – Vol. 14. – P. 164–175. – DOI:10.1002/cpp.524
123. Eichenberg C. Application of «Virtual Realities» in Psychotherapy: Possibilities, Limitations and Effectiveness / C. Eichenberg // *Virtual Reality* / ed. by J.-J. Kim. –Rijeka, Croatia: Intech Open Access Publisher, 2011. – Ch. 22. – P. 469–484.
124. Emmelkamp P. M. G. Virtual reality treatment in acrophobia: a comparison with exposure in vivo / P. M. G. Emmelkamp, M. Bruynzeel, L. Dros // *Cyber. Psychology & Behavior*. – 2001. – Vol. 4 (3). – P. 335–339. – DOI: 10.1089/109493101300210222
125. García-Palacios A. Comparing acceptance and refusal rates of virtual reality exposure vs. in vivo exposure by patients with specific phobias / A. García-Palacios, C. Botella, H. Hoffman, S. Fabregat // *Cyber. Psychology & Behavior*. – 2007. – Vol. 10 (5). – P. 722–724. – DOI: 10.1089/cpb.2007.9962
126. García-Palacios A. Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study / A. García-Palacios, H. Hoffman, A. Carlin, T. Furness // *Behav. Res. Ther.* – 2002. – Vol. 40 (9). – P. 983–993. – DOI: 10.1016/S0005-7967(01)00068-7
127. Juan M. C. A comparative study of the sense of presence and anxiety in an invisible marker versus a marker augmented reality system for the treatment of phobia towards small animals / M. C. Juan, D. Joele // *International Journal of Human-Computer Studies*. – 2011. – Vol. 69 (6). – P. 440–453. – doi:10.1016/j.ijhcs.2011.03.002
128. Morina N. Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life? A meta-analysis of studies applying behavioral assessments / N. Morina, H. Ijntema, K. Meyerbröker // *Behav. Res. Ther.* – 2015. – Vol. 74. – P. 18–24. – doi: 10.1016/j.brat.2015.08.010.
129. Parsons T. D. Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: A meta-analysis / T. D. Parsons, A. A. Rizzo // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. – 2008. – Vol. 39 (3). – P. 250–261. – DOI:10.1016/j.jbtep.2007.07.007

130. Pérez-Ara M. A. Virtual reality interoceptive exposure for the treatment of panic disorder and agoraphobia / M. A. Pérez-Ara, S. Quero, C. Botella et al. // *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine*. – 2010. – Vol. 154 (8). – P. 77–81. – DOI: 10.3233/978-1-60750-561-7-77
131. Powers M. B. Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis / M. B. Powers, P. M. G. Emmelkamp // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2008. – Vol. 22 (3). – P. 561–569. – DOI: 10.1016/j.janxdis.2007.04.006
132. Wallach H.S. Virtual Reality Cognitive Behavior Therapy for Public Speaking Anxiety: A Randomized Clinical Trial / H.S. Wallach, M. P. Safir, M. Bar-Zvi // *Behavior Modification*. – 2009. – Vol. 33 (3). – P. 314–338. – doi: 10.1177/0145445509331926
133. Schäfer S. K. Effects of heart rate variability biofeedback during exposure to fear-provoking stimuli within spider-fearful individuals: study protocol for a randomized controlled trial / S. K. Schäfer, F. R. Ihmig, H. K. A. Lara et al. // *Trials*. – 2018. – Vol. 19 (1). – Article number: 184. – doi: 10.1186/s13063-018-2554-2.
134. Мосолов С. Н. Применение α - θ -тренинга биологической обратной связи при тревожных расстройствах, резистентных к психофармакотерапии (открытое рандомизированное контролируемое исследование) / С. Н. Мосолов, Е. В. Бирюкова, И. В. Тимофеев // *Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. – 2010. – № 1. – С. 15–20.
135. Эльзесер А. С. Эффективность краткосрочной психотерапии депрессивных и тревожных расстройств / А. С. Эльзесер, Р. В. Кадыров, Е. В. Маркелова // *Вестник Кемеровского государственного университета*. – 2018. – № 2 (74). – С. 122–130.
136. Караваева Т. А. Сравнительное исследование эффективности личностно-ориентированной (реконструктивной) и когнитивно-поведенческой психотерапии при тревожных расстройствах невротического уровня с инсомнией / Т. А. Караваева, В. А. Михайлов, А. В. Васильева и др. // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2018. – Т. 118, № 4 (вып.2). – С. 60–66.
137. Crippa J. A. S. et al. Agomelatine in the treatment of social anxiety disorder / J.A. Crippa, J. Hallak, A. Zuardi, M. Chagas et al. // *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. – 2010. – Т. 34. – №. 7. – С. 1357-1358.
138. Быков Ю.В. Хлорпротиксен: обзор применения в психиатрии (I часть). / Ю.В.Быков, Р.А. Беккер // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2016. – № 18 (2). – С. 26–32.

139. Быков Ю. В. Сульпирид в терапии тревожных расстройств и тревожной симптоматики в рамках иных расстройств (обзор литературы) / Ю. В. Быков, Р. А. Беккер // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2016. – Т. 18. – №. 5. – С. 25-33.
140. Mula M. The role of anticonvulsant drugs in anxiety disorders: a critical review of the evidence. / M.Mula, S.Pini, G.B.Cassano.// J Clin Psychopharmacol. – 2007. – № 27(3). – P. 263-272. doi: 10.1097/jcp.0b013e318059361a. PMID: 17502773.
141. Keck P. Jr. Pharmacologic treatment considerations in co-occurring bipolar and anxiety disorders. / P.Jr. Keck, J.R. Strawn, S.L.McElroy // J Clin Psychiatry. –2006/ –67 Suppl 1. – P.8-15. PMID: 16426111.
142. Ravindran L.N. The pharmacologic treatment of anxiety disorders: a review of progress. / L.N. Ravindran, M.B.Stein // J Clin Psychiatry. – 2010/ – Jul;71(7). – P. 839-54. doi: 10.4088/JCP.10r06218blu. PMID: 20667290.
143. Garakani A. Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. / A.Garakani, J.W.Murrough, R.C. Freire et al. // Front Psychiatry. – 2020/ – Dec 23;11. P. 595584. doi: 10.3389/fpsyt.2020.595584. PMID: 33424664; PMCID: PMC7786299.
144. Rakofsky J.J. Treating nonspecific anxiety and anxiety disorders in patients with bipolar disorder: a review. / J.J.Rakofsky, B.W. Dunlop.// J Clin Psychiatry. – 2011. – Jan;72(1)/ – P. 81-90. doi: 10.4088/JCP.09r05815gre. Epub 2010 Nov 16. PMID: 21208580.
145. Davidson J.R. Panic disorder and social phobia: current treatments and new strategies. / J.R. Davidson, K.M. Connor, S.M. Sutherland. // Cleve Clin J Med. – 1998/ –65 Suppl 1. – SI39-44; discussion SI45-7. doi: 10.3949/ccjm.65.s1.39. PMID: 12033205.
146. Pande A.C. Sutherland SM. Treatment of social phobia with gabapentin: a placebo-controlled study. / A.C. Pande, J.R. Davidson, J.W. Jefferson et al. // J Clin Psychopharmacol. – 1999. – Aug;19(4). – P. 341-348. doi: 10.1097/00004714-199908000-00010. PMID: 10440462.
147. Pollack M.H. Gabapentin as a potential treatment for anxiety disorders./M.H. Pollack, J. Matthews, E.L. Scott. //Am J Psychiatry. –1998.– Jul;155(7). – P. 992-993. doi: 10.1176/ajp.155.7.992. PMID: 9659873.

148. Davidson J.R. Pharmacotherapy of social anxiety disorder: what does the evidence tell us? / J.R. Davidson. // J Clin Psychiatry. – 2006/ – №67 Suppl 12. – P. 20-26. PMID: 17092192.
149. Chouinard G. The search for new off-label indications for antidepressant, antianxiety, antipsychotic and anticonvulsant drugs./G.Chouinard //J Psychiatry Neurosci. – 2006. – May;31(3). – P. 168-176. PMID: 16699602; PMCID: PMC1449873.
150. Jefferson J.W. Benzodiazepines and anticonvulsants for social phobia (social anxiety disorder). / J.W. Jefferson // J Clin Psychiatry. – 2001. № 62 Suppl 1. – P. 50-53. PMID: 11206035.
151. Адаптация методики Л.Н. Собчик. Институт судебной психиатрии им. В.П.Сербского., 1971 г. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (ММПИ) Практическое руководство. – М.: Речь, 2007. – 224 с.
152. Ammon G. DasVerstandniseinesEntwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Personlichkeit und umgebender Gruppe alsGrundlagefiirWissenschaft und Praxis einerDynamischenPsychiatrie. / G Ammon. // DynamischePsychiatrie. – 1978. – Jg. 11.– P. 120-140.
153. Бажин Е.Ф. Метод исследования уровня субъективного контроля/ Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина., А.М. Эткинд // Психологический журнал.– Том 5. – 1984. – №3. – С.152-162.
154. Назыров Р.К. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами / Р.К. Назыров, С.В. Логачева, М.Б. Ремесло, В.В. Холявко, И.О. Павловский // Методические рекомендации.— СПб.: Издательство НИПНИ им. В.М. Бехтерева.—2011.
155. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: методическое пособие для врачей и психологов. / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова и др. // СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – 1998. – 48с.
156. Вассерман Л.И. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для личности ситуациями / Пособие для врачей и медицинских психологов. / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.Р. Исаева и др. // Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб, 2009. – 40с.

157. Корнилова Т.В. Мельбурнский опросник принятия решений: русскоязычная адаптация / Т.В. Корнилова // Психологические исследования. – 2013. – Т. 6. – № 31.
158. Исурина Г.Л. Опросник «KON-2006» – новый метод исследования невротических черт личности. / Г.Л. Исурина, И.В. Грандилевская, П.К. Тромбчиньски // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 6(47)
159. Николаев Н.А. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) / Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко // Клиническая фармакологическая терапия. – 2018.– № 27(1). – С. 74 - 78.
160. Костюкова Е.Г. Дифференцированный подход к применению антидепрессантов. / Е.Г. Костюкова, С.Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств. – 2013. - №3. – С. 2-10.
161. Психотерапия: национальное руководство / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. 992 с.
162. Караваева Т.А., Васильева А.В., Мизинова Е.Б., Сизаева Т.А. Социальные фобии: диагностика, подходы и мишени терапии. // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / сост. Н. В. Семенова, под общ. ред. Н. Г. Незнанова. Выпуск 5. — СПб.: Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2022.— С. 104-130.
163. Караваева Т.А., Васильева А.В., Радионов Д.С. Злоупотребление алкоголем у пациентов с социальными фобиями: проблемы коморбидности, диагностики, этиопатогенеза и подходов к психотерапии / Т. А. Караваева, А. В. Васильева, Д. С. Радионов // Вопросы наркологии. – 2022. – № 7-8(211). – С. 27-53.
164. Ляшковская С.В., Караваева Т.А., Кондинский А.Г. Совершенствование оказания медико-психологической и психотерапевтической помощи в амбулаторных условиях Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / сост. Н. В. Семенова, под общ. ред. Н. Г. Незнанова. Выпуск 6. — СПб.: Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2023. — С. 5-32.
165. Ляшковская С.В., Караваева Т.А. Организационные аспекты деятельности врачей-психотерапевтов и клинических психологов, занятых в оказании психотерапевтической помощи// Диагностика и лечение психических и

- наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / сост. Н. В. Семенова, под общ.ред. Н. Г. Незнанова. Выпуск 5. — СПб.: Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2022.— С. 434-455
166. Абабков В.А., Беребин М.А., Беспалко И.Г., Бизюк А.П., Бочаров В.В., Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Карпова Э.Б., Малкова Е.Е., Малкова Л.Д., Новожилова М.Ю., Ткаченко С.В., Трифонова Е.А., Червинская К.Р., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности; Коллективная монография /Науч. ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. СПб.: Скифия-принт, 2014. – 408 с.
167. Блейхер, В.М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков.– М.: МПСИ, 2009. – 624 с.
168. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение. – СПб. – М.: Академия, 2003. – 736 с.
169. Рекомендации по психологическому сопровождению целевых групп в медицинском учреждении в условиях пандемии COVID-19 /под ред. Ю.П. Зинченко. Утв. ФМБА России. - 19.10.2020
170. Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / сост. Н. В. Семенова, под общ. ред. Н. Г. Незнанова. Выпуск 6. — СПб.: Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2023. — 536 с. Нормативы затрат времени на ЭПИ на стр.27-31.
171. Номенклатура медицинских услуг (Приказ Минздрава РФ от 13 октября 2017 г. № 804н, с изменениями и дополнениями от 5 марта 2020 г.)
172. Bandelow B, Reitt M, Röver C, Michaelis S, Görlich Y, Wedekind D. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol.* 2015;30(4):183-92. doi: 10.1097/YIC.0000000000000078
173. Allgulander C. 1999. Paroxetine in social anxiety disorder: a randomized placebo-controlled study. *Acta Psychiatr Scand* 100:193-8.
174. Baldwin DS, Bobes J, Stein DJ, Scharwachter I, Faure M. 1999. Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder. Randomised, double-blind, placebo-controlled study. Paroxetine Study Group. *Br J Psychiatry* 175:120-6.

175. Lepola U, Bergtholdt B, St Lambert J, Davy KL, Ruggiero L. 2004. Controlled-release paroxetine in the treatment of patients with social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 65:222-9.
176. Liebowitz MR, Stein MB, Tancer M, Carpenter D, Oakes R, Pitts CD. 2002. A randomized, double-blind, fixed-dose comparison of paroxetine and placebo in the treatment of generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 63:66-74.
177. Pollack MH, Zaninelli R, Goddard A, McCafferty JP, Bellew KM, Burnham DB, Iyengar MK. 2001. Paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder: results of a placebo-controlled, flexible-dosage trial. *J Clin Psychiatry* 62:350-7.
178. Stein DJ, Versiani M, Hair T, Kumar R. 2002b. Efficacy of paroxetine for relapse prevention in social anxiety disorder: a 24-week study. *Arch Gen Psychiatry* 59:1111-8.
179. Stein MB, Liebowitz MR, Lydiard RB, Pitts CD, Bushnell W, Gergel I. 1998. Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): a randomized controlled trial. *Jama* 280:708-13.
180. Benjamin J, Ben-Zion IZ, Karbofsky E, Dannon P. 2000. Double-blind placebo-controlled pilot study of paroxetine for specific phobia. *Psychopharmacology (Berl)* 149:194-6.
181. Asakura S, Hayano T, Hagino A, Koyama T. 2016. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of escitalopram in patients with social anxiety disorder in Japan. *Curr Med Res Opin* 32:749-57.
182. Gingnell M, Frick A, Engman J, Alaie I, Bjorkstrand J, Faria V, Carlbring P, Andersson G, Reis M, Larsson EM, et al. 2016. Combining escitalopram and cognitive-behavioural therapy for social anxiety disorder: randomised controlled fMRI trial. *Br J Psychiatry* 209:229-35.
183. Kasper S, Stein DJ, Loft H, Nil R. 2005. Escitalopram in the treatment of social anxiety disorder: randomised, placebo-controlled, flexible-dosage study. *Br J Psychiatry* 186:222-6.
184. Lader M, Stender K, Burger V, Nil R. 2004. Efficacy and tolerability of escitalopram in 12- and 24-week treatment of social anxiety disorder: randomised, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study. *Depress Anxiety* 19:241-8.
185. Montgomery SA, Nil R, Durr-Pal N, Loft H, Boulenger JP. 2005. A 24-week randomized, double-blind, placebo-controlled study of escitalopram for the prevention of generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 66:1270-8.

186. Bernik M, Corregiari F, Savoia MG, Barros Neto TP, Pinheiro C, Neto FL. 2018. Concomitant treatment with sertraline and social skills training improves social skills acquisition in social anxiety disorder: A double-blind, randomized controlled trial. *PLoS One* 13:e0205809.
187. Blomhoff S, Tangen Haug T, Hellstrom K, Holme I, Humble M, Madsbu HP, Wold JE. 2001. Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalised social phobia. *Br J Psychiatry* 179:23-30.
188. Van Ameringen MA, Lane RM, Walker JR, Bowen RC, Chokka PR, Goldner EM, Johnston DG, Lavallee YJ, Nandy S, Pecknold JC, et al. 2001. Sertraline treatment of generalized social phobia: a 20-week, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 158:275-81.
189. Walker JR, Van Ameringen MA, Swinson R, Bowen RC, Chokka PR, Goldner E, Johnston DC, Lavallee YJ, Nandy S, Pecknold JC, et al. 2000. Prevention of relapse in generalized social phobia: results of a 24-week study in responders to 20 weeks of sertraline treatment. *J Clin Psychopharmacol* 20:636-44.
190. Asakura S, Tajima O, Koyama T. 2007. Fluvoxamine treatment of generalized social anxiety disorder in Japan: a randomized double-blind, placebo-controlled study. *Int J Neuropsychopharmacol* 10:263-74.
191. Davidson J, Yaryura-Tobias J, DuPont R, Stallings L, Barbato LM, van der Hoop RG, Li D. 2004a. Fluvoxamine-controlled release formulation for the treatment of generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol* 24:118-25.
192. Stein MB, Fyer AJ, Davidson JR, Pollack MH, Wiita B. 1999. Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder): a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 156:756-60.
193. van Vliet IM, den Boer JA, Westenberg HG. 1994. Psychopharmacological treatment of social phobia; a double blind placebo controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology (Berl)* 115:128-34.
194. Westenberg HG, Stein DJ, Yang H, Li D, Barbato LM. 2004. A double-blind placebo-controlled study of controlled release fluvoxamine for the treatment of generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol* 24:49-55.
195. Stein DJ, Westenberg HG, Yang H, Li D, Barbato LM. 2003. Fluvoxamine CR in the long-term treatment of social anxiety disorder: the 12- to 24-week extension phase of a multicentre, randomized, placebo-controlled trial. *Int J Neuropsychopharmacol* 6:317-23.

196. Furmark T, Appel L, Michelgard A, Wahlstedt K, Ahs F, Zancan S, Jacobsson E, Flyckt K, Grohp M, Bergstrom M, et al. 2005. Cerebral blood flow changes after treatment of social phobia with the neurokinin-1 antagonist GR205171, citalopram, or placebo. *Biol Psychiatry* 58:132-42.
197. Allgulander C, Mangano R, Zhang J, Dahl AA, Lepola U, Sjodin I, Emilien G, Group SADS. 2004b. Efficacy of Venlafaxine ER in patients with social anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled, parallel-group comparison with paroxetine. *Hum Psychopharmacol* 19:387-96.
198. Liebowitz MR, Gelenberg AJ, Munjack D. 2005a. Venlafaxine extended release vs placebo and paroxetine in social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 62:190-8.
199. Liebowitz MR, Mangano RM, Bradwejn J, Asnis G. 2005b. A randomized controlled trial of venlafaxine extended release in generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 66:238-47.
200. Rickels K, Mangano R, Khan A. 2004. A double-blind, placebo-controlled study of a flexible dose of venlafaxine ER in adult outpatients with generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol* 24:488-96.
201. Stein MB, Pollack MH, Bystritsky A, Kelsey JE, Mangano RM. 2005. Efficacy of low and higher dose extended-release venlafaxine in generalized social anxiety disorder: a 6-month randomized controlled trial. *Psychopharmacology (Berl)* 177:280-8.
202. Davidson JR, Potts N, Richichi E, Krishnan R, Ford SM, Smith R, Wilson WH. 1993. Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *J Clin Psychopharmacol* 13:423-8.
203. Ballenger JC, Burrows GD, DuPont RL Jr, Lesser IM, Noyes R Jr, Pecknold JC, Rifkin A, Swinson RP. Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: results from a multicenter trial. I. Efficacy in short-term treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 May;45(5):413-22. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800290027004. PMID: 3282478.
204. Munkholm K, Ussing A, Brink M, Edemann-Callesen H, Canbolat SS, Christensen R, Dahl KS, Ebdrup BH, Jensen MEJ, Kierulf-Lassen C, Madsen GK, Nielsen SM, Paulsen CP, Rohde JF, Tarp S, Baandrup L. Minor tranquilizers for short-term treatment of newly onset symptoms of anxiety and distress: a systematic review with network meta-analysis of randomized trials. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2024;274(3):475-486. doi: 10.1007/s00406-023-01680-0.

205. Ненастьева А.Ю. Феназепам: к вопросу эффективности и безопасности приема производных бензодиазепаина. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017;117(12):156-161.
206. Muehlbacher M, Nickel MK, Nickel C, Kettler C, Lahmann C, Pedrosa Gil F, Leiberich PK, Rother N, Bachler E, Fartacek R, et al. 2005. Mirtazapine treatment of social phobia in women: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 25:580-3.
207. Nutt D, Mandel F, Baldinetti F. 2009. Early onset anxiolytic efficacy after a single dose of pregabalin: double-blind, placebo- and active-comparator controlled evaluation using a dental anxiety model. *J Psychopharmacol* 23:867-73.
208. Pande AC, Feltner DE, Jefferson JW, Davidson JR, Pollack M, Stein MB, Lydiard RB, Futterer R, Robinson P, Slomkowski M, et al. 2004. Efficacy of the novel anxiolytic pregabalin in social anxiety disorder: a placebo-controlled, multicenter study. *J Clin Psychopharmacol* 24:141-9.
209. Feltner DE, Liu-Dumaw M, Schweizer E, Bielski R. 2011. Efficacy of pregabalin in generalized social anxiety disorder: results of a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study. *Int Clin Psychopharmacol* 26:213-20.
210. Pande AC, Davidson JR, Jefferson JW, Janney CA, Katzelnick DJ, Weisler RH, Greist JH, Sutherland SM. 1999. Treatment of social phobia with gabapentin: a placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 19:341-8.
211. Аведисова, А. С. Использование заместительной терапии анксиолитиком атараксом при отмене бензодиазепиновых транквилизаторов / А. С. Аведисова, Д. В. Ястребов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – Т. 107, № 3. – С. 37-41.
212. Henssler J, Heinz A, Brandt L, Bschor T. Antidepressant Withdrawal and Rebound Phenomena. *Dtsch Arztebl Int.* 2019;116(20):355-361.
213. Tint A., Haddad P.M., Anderson I.M. The effect of rate of antidepressant tapering on the incidence of discontinuation symptoms: a randomised study. *J Psychopharmacol* 2008; 22: 330–332.
214. Schatzberg AF, Blier P, Delgado PL, Fava M, Haddad PM, Shelton RC. Antidepressant discontinuation syndrome: consensus panel recommendations for clinical management and additional research. *J Clin Psychiatry.* 2006;67 Suppl 4:27-30.

215. Хасанова А.К., Мосолов С.Н. Синдромом отмены приема антидепрессантов (алгоритм профилактики и коррекции) // Современная терапия психических расстройств. – 2023. – No 2. – С. 37–47. – DOI: 10.21265/PSYPH.2023.15.79.005
216. Warner C.H., Bobo W., Warner C. et al. Antidepressant discontinuation syndrome // American Family Physician. – 2006. – Vol. 74 (3). – Pp. 449–456.
217. Незнанов Н.Г., Васильева А.В. Психотерапия // Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова, Г.Э. Мазо. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – Гл. 13.4. – С. 699-728
218. Moreno A.L., Osório F.L., Martín-Santos R., Crippa J.A.S. Heritability of social anxiety disorder: a systematic review of methodological designs. Arch Clin Psychiatry. 2016;43(4):83-92. DOI:10.1590/0101-60830000000090
219. Clark D., Wells A. A cognitive model of social phobia. Social phobia: Diagnosis. Social phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment. 1995. 41. 22-23.
220. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. Behav Res Ther. 1997 Aug;35(8):741-56. doi: 10.1016/s0005-7967(97)00022-3. PMID: 9256517.
221. Mor S, Grimaldos J, Tur C, Miguel C, Cuijpers P, Botella C, Quero S. Internet- and mobile-based interventions for the treatment of specific phobia: A systematic review and preliminary meta-analysis. Internet Interv. 2021 Sep 30;26:100462. doi: 10.1016/j.invent.2021.100462
222. Thng CEW, Lim-Ashworth NSJ, Poh BZQ, Lim CG. Recent developments in the intervention of specific phobia among adults: a rapid review. F1000Res. 2020 Mar 19;9:F1000 Faculty Rev-195. doi: 10.12688/f1000research.20082.1
223. Domhardt M, Letsch J, Kybelka J, Koenigbauer J, Doebler P, Baumeister H. Are Internet- and mobile-based interventions effective in adults with diagnosed panic disorder and/or agoraphobia? A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2020 Nov 1;276:169-182. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.059. Epub 2020 Jul 15. PMID: 32697696.
224. Guo S, Deng W, Wang H, Liu J, Liu X, Yang X, He C, Zhang Q, Liu B, Dong X, Yang Z, Li Z, Li X. The efficacy of internet-based cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Psychother. 2021 May;28(3):656-668. doi: 10.1002/cpp.2528

225. Nordahl H, Wells A. Metacognitive Therapy for Social Anxiety Disorder: An A-B Replication Series Across Social Anxiety Subtypes. *Front Psychol.* 2018 Apr 12;9:540. doi:10.3389/fpsyg.2018.00540. PMID: 29706924; PMCID: PMC5906593.
226. Kocovski NL, Fleming JE, Hawley LL, Huta V, Antony MM. Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2013 Dec;51(12):889-98. doi: 10.1016/j.brat.2013.10.007. Epub 2013 Oct 30. PMID: 24220538.
227. Liu X, Yi P, Ma L, Liu W, Deng W, Yang X, Liang M, Luo J, Li N, Li X. Mindfulness-based interventions for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2021 Jun;300:113935. doi: 10.1016/j.psychres.2021.113935. Epub 2021 Apr 20. PMID: 33895444.
228. He L, Han W, Shi Z. The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Negative Self-Representations in Social Anxiety Disorder-A Randomized Wait-List Controlled Trial. *Front Psychiatry.* 2021 May 12;12:582333. doi: 10.3389/fpsyg.2021.582333. PMID: 34054590; PMCID: PMC8149603.
229. Soltani E, Bahrainian SA, Farhoudian A, Masjedi Arani A, Gachkar L. Effectiveness of Acceptance Commitment Therapy in Social Anxiety Disorder: Application of a Longitudinal Method to Evaluate the Mediating Role of Acceptance, Cognitive Fusion, and Values. *Basic Clin Neurosci.* 2023 Jul-Aug;14(4):479-490. doi: 10.32598/bcn.2021.2785.1
230. Ferraioli F, Culicetto L, Cecchetti L, Falzone A, Tomaiuolo F, Quartarone A, Vicario CM. Virtual Reality Exposure Therapy for Treating Fear of Contamination Disorders: A Systematic Review of Healthy and Clinical Populations. *Brain Sci.* 2024 May 17;14(5):510. doi: 10.3390/brainsci14050510. PMID: 38790488; PMCID: PMC11118862.
231. Wiebe A, Kannen K, Selaskowski B, Mehren A, Thöne AK, Pramme L, Blumenthal N, Li M, Asché L, Jonas S, Bey K, Schulze M, Steffens M, Pensel MC, Guth M, Rohlfen F, Ekhlas M, Lügering H, Fileccia H, Pakos J, Lux S, Philipsen A, Braun N. Virtual reality in the diagnostic and therapy for mental disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2022 Dec;98:102213. doi: 10.1016/j.cpr.2022.102213. Epub 2022 Oct 30. PMID: 36356351.
232. Caponnetto P, Triscari S, Maglia M, Quattropiani MC. The Simulation Game-Virtual Reality Therapy for the Treatment of Social Anxiety Disorder: A Systematic

- Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Dec 15;18(24):13209. doi: 10.3390/ijerph182413209. PMID: 34948817; PMCID: PMC8701873.
233. Carl E, Stein AT, Levihn-Coon A, Pogue JR, Rothbaum B, Emmelkamp P, Asmundson GJG, Carlbring P, Powers MB. Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Anxiety Disord*. 2019 Jan;61:27-36. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.08.003. Epub 2018 Aug 10. PMID: 30287083.
234. Leichsenring F., Beutel M., Leibing E.: Psychodynamic psychotherapy for social phobia: a treatment manual based on supportive-expressive therapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2007;71(1):56–83. DOI:10.1521/bumc.2007.71.1.56
235. Leichsenring F., Salzer S., Beutel M. E., Herpertz S., Hiller W., Hoyer J., ... Leibing E. Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*. 2013;170(7):759–767. DOI:10.1176/appi.ajp.2013.12081125
236. Караваева Т.А., Васильева А.В., Исурина Г.Л., Александров А.А. Персонализированный подход в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии: мишени и стратегии: методические рекомендации // *Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / сост. Н.В. Семенова, под общ. ред. Н.Г. Незнанова. – Вып. 4-й. – СПб.: ИПК «КОСТА», 2021. – С. 169-203*
237. Васильева А. В., Караваева Т. А., Колесова Ю. П., Радионов Д. С., Старунская Д. А., Фомичева М. А., Абдуллаева С. М. Оценка эффективности комплексной медико-психологической методики лечения пациентов с инсомнией / А. В. Васильева, Т. А. Караваева, Ю. П. Колесова, Д. С. Радионов, Д. А. Старунская, М. А. Фомичева, С. М. Абдуллаева // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. – 2023. – Т.57, №.4. – С. 30-41. doi:10.31363/2313-7053-2023-773*
238. Lundh, L. G., Lundqvist, K., Broman, J. E., & Hetta, J. (1991). Vicious Cycles of Sleeplessness, Sleep Phobia, and Sleep-Incompatible Behaviours in Patients with Persistent Insomnia. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 20(3–4), 101–114. <https://doi.org/10.1080/16506079109456289>
239. Palagini, Laura & Miniati, Mario & Caruso, Valerio & Alfì, Gaspare & Geoffroy, Pierre & Domschke, Katharina & Riemann, Dieter & Gemignani, Angelo & Pini,

- Stefano. (2024). Insomnia, anxiety and related disorders: A systematic review on clinical and therapeutic perspective with potential mechanisms underlying their complex link. *Neuroscience Applied*. 3. 103936. 10.1016/j.nsa.2024.103936.
240. Blumenthal H, Taylor DJ, Cloutier RM, Baxley C, Lasslett H. The Links Between Social Anxiety Disorder, Insomnia Symptoms, and Alcohol Use Disorders: Findings From a Large Sample of Adolescents in the United States. *Behav Ther*. 2019 Jan;50(1):50-59. doi: 10.1016/j.beth.2018.03.010
241. Jahrami H, Fekih Romdhane F, Pandi-Perumal SR, BaHammam AS, Vitiello MV. Global research evidence on nomophobia during 2008-2022: a bibliometric analysis and review. *Psychol Health Med*. 2024 Jun;29(5):889-904. doi: 10.1080/13548506.2023.2268888
242. Rodríguez-García AM, Moreno-Guerrero AJ, López Belmonte J. Nomophobia: An Individual's Growing Fear of Being without a Smartphone-A Systematic Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jan 16;17(2):580. doi: 10.3390/ijerph17020580
243. Jahrami H, Abdelaziz A, Binsanad L, Alhaj OA, Buheji M, Bragazzi NL, Saif Z, BaHammam AS, Vitiello MV. The Association between Symptoms of Nomophobia, Insomnia and Food Addiction among Young Adults: Findings of an Exploratory Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan 15;18(2):711. doi: 10.3390/ijerph18020711
244. Jahrami H, Rashed M, AlRasheed MM, Bragazzi NL, Saif Z, Alhaj O, BaHammam AS, Vitiello MV. Nomophobia is Associated with Insomnia but Not with Age, Sex, BMI, or Mobile Phone Screen Size in Young Adults. *Nat Sci Sleep*. 2021 Oct 28;13:1931-1941. doi: 10.2147/NSS.S335462
245. Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 1987;22:141-73. doi: 10.1159/000414022. PMID: 2885745.
246. Григорьева И.В., Ениколопов С.Н. Апробация опросников «Шкала социальной тревожности Либовица» и «Шкала страха негативной оценки (краткая версия)» // Национальный психологический журнал. – 2016. – № 1(21). – С. 31-44.
247. Watson, D., & Friend, R. (1969) Measurement of Social-evaluative Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 33 (4), 448-457
248. Carleton, N.R., McCreary, D.R., Norton, P.J., & Asmundson, G.J.G. (2006) Brief Fear of Negative Evaluation Scale-Revised. *Depression and Anxiety*. 23, 297-303.

249. Ruch W., Proyer R.T. Who is gelotophobic? Assessment criteria for the fear of being laughed at // *Swiss Journ. of Psychology*. 2008. V. 67(1). P. 19–27.
250. Стефаненко Е.А., Иванова Е.М.; Ениколопов С.Н.; Проьер Р., Рух В. Диагностика страха выглядеть смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии / [и др.] // *Психологический журнал*. - 2011. - Том 32, - № 2. - С. 94-108.
251. Салахова А.И., Ягубов М.И. Сексуальная дисфункция при применении антидепрессантов у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами (алгоритм ведения и коррекции) // *Современная терапия психических расстройств*. — 2024. — No 2. — С. 56–67. — DOI: 10.21265/PSYPH.2024.31.31.006
252. Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Мосолов С.Н. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей психиатров. // *Современная терапия психических расстройств*. - 2017, №2, С.2-15
253. Mosolov SN, Martynikhin IA, Syunyakov TS, Galankin TL, Neznanov NG. Incidence of the Diagnosis of Anxiety Disorders in the Russian Federation: Results of a Web-Based Survey of Psychiatrists. // *Neurology and Therapy*. 2021; 1-14 <https://doi.org/10.1007/s40120-021-00277-w>
254. Davis ML, Smits JA, Hofmann SG. Update on the efficacy of pharmacotherapy for social anxiety disorder: a meta-analysis. *Expert Opin Pharmacother*. 2014 Nov;15(16):2281-91. doi: 10.1517/14656566.2014.955472. Epub 2014 Oct 5. PMID: 25284086.
255. Schneier FR, Goetz D, Campeas R, Fallon B, Marshall R, Liebowitz MR. Placebo-controlled trial of moclobemide in social phobia. *Br J Psychiatry*. 1998 Jan;172:70-7. doi: 10.1192/bjp.172.1.70. PMID: 9534836.
256. Stein DJ, Cameron A, Amrein R, Montgomery SA; Moclobemide Social Phobia Clinical Study Group. Moclobemide is effective and well tolerated in the long-term pharmacotherapy of social anxiety disorder with or without comorbid anxiety disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2002 Jul;17(4):161-70. doi: 10.1097/00004850-200207000-00002. PMID: 12131599.
257. Schutters SI, Van Megen HJ, Van Veen JF, Denys DA, Westenberg HG. Mirtazapine in generalized social anxiety disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Int Clin Psychopharmacol*. 2010 Sep;25(5):302-4. doi: 10.1097/yic.0b013e32833a4d71. PMID: 20715300.

258. Van Veen JF, Van Vliet IM, Westenberg HG: Mirtazapine in social anxiety disorder: a pilot study. *Int Clin Psychopharmacol* 2002; 17:315–31
259. Pyke RE. Sexual Performance Anxiety. *Sex Med Rev.* 2020 Apr;8(2):183-190. doi: 10.1016/j.sxmr.2019.07.001. Epub 2019 Aug 22. PMID: 31447414.
260. Хасанова А., Мосолов С. Синдром отмены приема антидепрессантов (алгоритм профилактики и коррекции) // Современная Терапия Психических Расстройств. 2023. Т. № 2. СС. 37–47.
261. Perna G, Daccò S, Menotti R, Caldirola D. Antianxiety medications for the treatment of complex agoraphobia: pharmacological interventions for a behavioral condition. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2011;7:621-37. doi: 10.2147/NDT.S12979.
262. Bighelli I, Castellazzi M, Cipriani A, Girlanda F, Guaiana G, Koesters M, Turrini G, Furukawa TA, Barbui C. Antidepressants versus placebo for panic disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Apr 5;4(4):CD010676. doi: 10.1002/14651858.CD010676.pub2.
263. Bakker A, van Balkom AJ, van Dyck R. Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Int Clin Psychopharmacol.* 2000 Aug;15 Suppl 2:S25-30. doi: 10.1097/00004850-200008002-00005.
264. Alamy S, Wei Zhang, Varia I, Davidson JR, Connor KM. Escitalopram in specific phobia: results of a placebo-controlled pilot trial. *J Psychopharmacol.* 2008 Mar;22(2):157-61. doi: 10.1177/0269881107080796.
265. Garakani A, Freire RC, Buono FD, Thom RP, Larkin K, Funaro MC, Salehi M, Perez-Rodriguez MM. An umbrella review on the use of antipsychotics in anxiety disorders: A registered report protocol. *PLoS One.* 2022 Jun 16;17(6):e0269772. doi: 10.1371/journal.pone.0269772. PMID: 35709149; PMCID: PMC9202921.
266. Vaishnavi S, Alamy S, Zhang W, Connor KM, Davidson JR. Quetiapine as monotherapy for social anxiety disorder: a placebo-controlled study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2007 Oct 1;31(7):1464-9. doi: 10.1016/j.pnpbp.2007.06.027.
267. Schifano N, Capogrosso P, Boeri L, Fallara G, Cakir OO, Castiglione F, Alnajjar HM, Muneer A, Deho' F, Schifano F, Montorsi F, Salonia A. Medications mostly associated with priapism events: assessment of the 2015-2020 Food and Drug Administration (FDA) pharmacovigilance database entries. *Int J Impot Res.* 2024 Feb;36(1):50-54. doi: 10.1038/s41443-022-00583-3. Epub 2022 May 21. PMID: 35597798.

268. Приказ Минздрава России от 30.06.2022 № 453н «Об утверждении Порядка диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями» www.pravo.gov.ru, 28.07.2022, N 0001202207280028.
269. Приказ Минздрава России от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» www.pravo.gov.ru, 14.11.2022, N 0001202211140024.
270. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.07.2022 № 460н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при тревожно-фобических расстройствах (диагностика и лечение)" www.pravo.gov.ru, 11.08.2022
271. Walker JR, Van Ameringen MA, Swinson R, Bowen RC, Chokka PR, Goldner E, Johnston DC, Lavallie YJ, Nandy S, Pecknold JC, Hadrava V, Lane RM. Prevention of relapse in generalized social phobia: results of a 24-week study in responders to 20 weeks of sertraline treatment. *J Clin Psychopharmacol*. 2000 Dec;20(6):636-44. doi: 10.1097/00004714-200012000-00009. PMID: 11106135.
272. Hayes, J. A., Owen, J., & Bieschke, K. J. (2015). Therapist differences in symptom change with racial/ethnic minority clients. *Psychotherapy*, 52(3), 308–314. <https://doi.org/10.1037/a0037957>
273. Imel, Z. E., Baldwin, S. A., Atkins, D., Owen, J., Baardseth, T., & Wampold, B. E. (2011). Racial/ethnic disparities in therapist effectiveness: A conceptualization and initial study of cultural competence. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 290–298. <https://doi.org/10.1037/a0023284>
274. Owen, J., Tao, K. W., Drinane, J. M., Hook, J., Davis, D. E., & Kune, N. F. (2016). Client perceptions of therapists' multicultural orientation: Cultural (missed) opportunities and cultural humility. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(1), 30–37. <https://doi.org/10.1037/pro000004>
275. Captari, L. E., Hook, J. N., Hoyt, W., Davis, D. E., McElroy, H. S. E., & Worthington, E. L., Jr. (2018). Integrating clients' religion and spirituality within psychotherapy: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1938–1951. <https://doi.org/10.1002/jclp.22681>
276. Davis, D. E., DeBlare, C., Owen, J., Hook, J. N., Rivera, D. P., Choe, E., Van

277. Tongeren, D. R., Worthington, E. L., Jr., & Placeres, V. (2018). The multicultural orientation framework: A narrative review. *Psychotherapy*, 55(1), 89–100. <https://doi.org/10.1037/pst0000160>
278. Coldwell SE, Wilhelm FH, Milgrom P, Prall CW, Getz T, Spadafora A, Chiu IY, Leroux BG, Ramsay DS. Combining alprazolam with systematic desensitization therapy for dental injection phobia. *J Anxiety Disord*. 2007;21(7):871-87. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.01.001. Epub 2007 Jan 23. PMID: 17320345.
279. Khalil RB. Non-Antidepressant Psychopharmacologic Treatment of Specific Phobias. *Curr Clin Pharmacol*. 2015;10(2):131-138. doi: 10.2174/157488471002150723122705. PMID: 23438730.
280. Fink HA, MacDonald R, Rutks IR, Wilt TJ. Trazodone for erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *BJU Int*. 2003 Sep;92(4):441-6. doi: 10.1046/j.1464-410x.2003.04358.x. PMID: 12930437.
281. Krzystanek M, Surma S, Stokrocka M, Romańczyk M, Przybyło J, Krzystanek N, Borkowski M. Tips for Effective Implementation of Virtual Reality Exposure Therapy in Phobias-A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2021 Sep 21;12:737351. doi: 10.3389/fpsy.2021.737351. PMID: 34621197; PMCID: PMC8490820.
282. Garakani A, Murrough JW, Freire RC, Thom RP, Larkin K, Buono FD, Iosifescu DV. Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. *Front Psychiatry*. 2020 Dec 23;11:595584. doi: 10.3389/fpsy.2020.595584. PMID: 33424664; PMCID: PMC7786299.
283. Психотерапия : Учебник / А. Н. Еричев, Г. Л. Исурина, Т. А. Караваева [и др.]. – Москва : Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2022. – 864 с. – ISBN 978-5-9704-6485-4. – DOI 10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864. – EDN VYFYQH.

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

1. Васильева Анна Владимировна – доктор медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, сертифицированный психоаналитик Немецкой академии психоанализа (ДАР), председатель российского отделения Всемирной ассоциации динамической психиатрии (ВАДП). Член Российской психотерапевтической ассоциации, член Российского общества психиатров.
2. Зинченко Юрий Петрович – доктор психологических наук, главный внештатный специалист по медицинской психологии Минздрава России, декан факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, директор Психологического института Российской академии образования, профессор, академик РАО, президент Российского общества психологов.
3. Исаева Елена Рудольфовна – доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, главный внештатный специалист по медицинской психологии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, член Российского общества психиатров.
4. Караваева Татьяна Артуровна – доктор медицинских наук, доцент, руководитель института Психотерапии, руководитель, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «СПбГУ», профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, руководитель рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций «Тревожно-фобические расстройства», вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), член Российского общества психиатров.
5. Мизинова Елена Борисовна – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ

«НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «СПбГУ». Член Российской психотерапевтической ассоциации, член Российского общества психиатров.

6. Пономаренко Геннадий Николаевич — член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, профессор доктор медицинских наук, генеральный директор ФГБУ «Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России, заведующий кафедрой физической и реабилитационной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, член Межрегионального общества физической и реабилитационной медицины.

7. Радионов Дмитрий Сергеевич – младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, член Российского общества психиатров.

Конфликт интересов: отсутствует

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

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

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

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований (РКИ) 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, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (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 достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на

использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

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

Порядок обновления клинических рекомендаций.

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

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

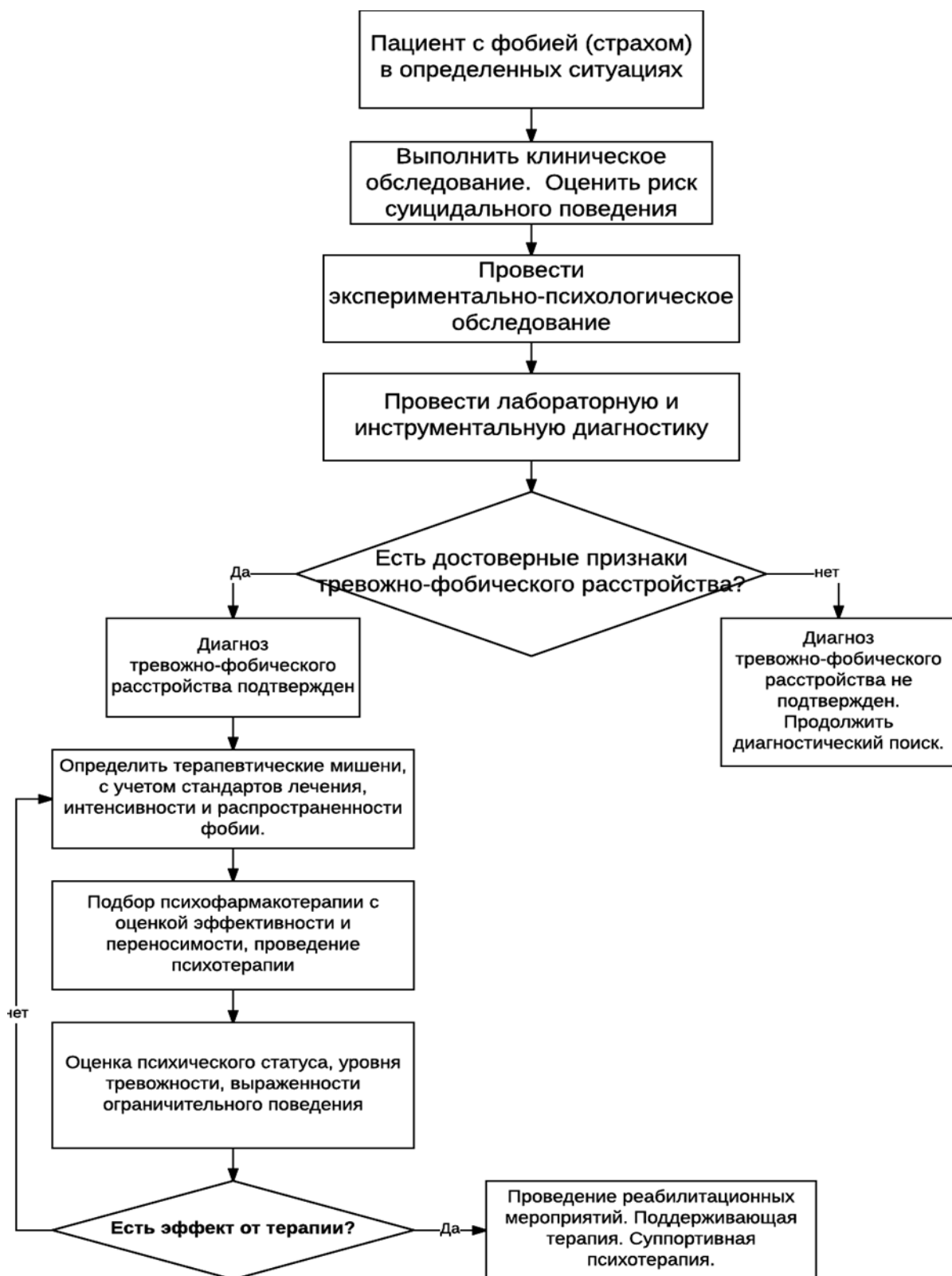
1. Приказ Минздрава России от 04.07.2022 N 460н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при тревожно-фобических расстройствах (диагностика и лечение)" (Зарегистрировано в Минюсте России 11.08.2022 N 69592)

Рекомендуемые дозы препаратов для лечения ТФР

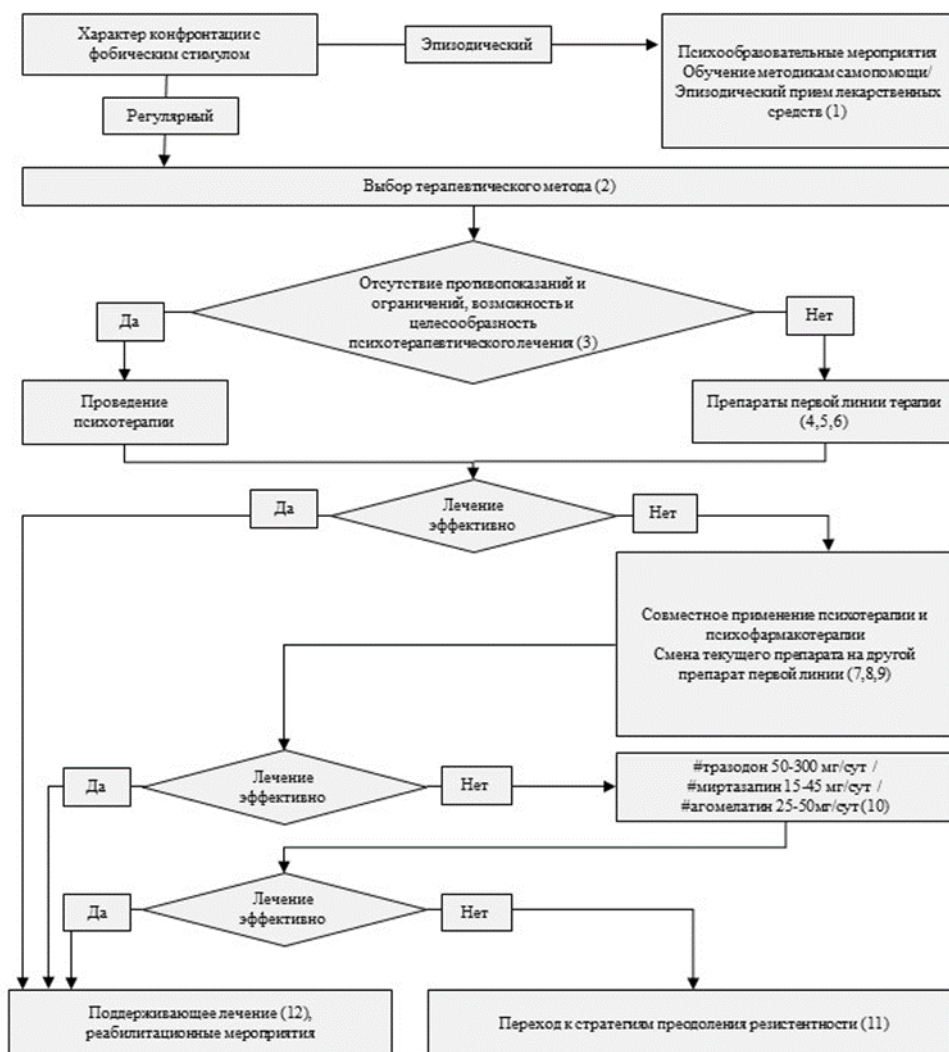
Препарат	Рекомендуемая доза (мг)
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	
Пароксетин **	20-40 [173,174,175,176,177,178,179,180]
Эсциталопрам	10-20 [181,182,183,184,185]
Сертралин**	50-200 [186,187,188,189]
#Циталопрам	20-40 [1,196,262]
Другие антидепрессанты	
#Венлафаксин	75-225 [197,198,199,200,201]
#Миртазапин	30-45 [207,257,258]
#Агомелатин**	25-50 [73,137]
#Тразодон	50-200 [76,257,280]
Производные бензодиазепина	
#Алпразолам	0,5-0,75 [278,279]
#Клоназепам**	0,5-3 [202]
Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин**	1-3 (0,5-1 мг 2-3 раза в сутки) [73]
Анксиолитики	
#Гидроксизин**	25-100 [33,74,211]
Антипсихотические средства	
#Кветиапин**	50-400 (первые 3 дня - 25 мг 2 раза в сутки, далее: 4 дня - 50 мг 2 раза в сутки, вторая неделя - 100 мг 2 раза в сутки, третья неделя - 150 мг 2 раза в сутки, четвёртая неделя - 200 мг 2 раза в сутки) [73,77,265,266]
#Сульпирид**	50-400 [73,139]
Противоэпилептические препараты	
#Прегабалин**	150-600 [207,208,209]

#Габапентин	900-3600 [210]
-------------	----------------

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Алгоритмы терапии пациентов с ТФР



СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

1. Для быстрого воздействия на тревожную и фобическую симптоматику возможно применение #гидроксизина** - 25-100 мг/сут
2. В индивидуальных случаях при тяжелом уровне нарушений возможно назначение комбинированной терапии психотерапии+ фармакотерапия.
3. Противопоказания и ограничения к психотерапевтическому лечению:
 - пациенты со страхом перед самораскрытием и преобладанием отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты;
 - пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям и очевидной вторичной выгодой от болезни;
 - пациенты с низкой интерперсональной сенситивностью;
 - пациенты, которые не смогут регулярно посещать сеансы психотерапии;
 - пациенты, которые не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания в индивидуальной и групповой психотерапии;

– пациенты, чьи характерологические особенности не позволят им конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии и извлекать из этой работы пользу (которые постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием; или пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью).

4. Пароксетин** 20-40 мг/сут; эсциталопрам 10-20 мг/сут; сертралин**50-200 мг/сут; #циталопрам 20-40 мг/сут; #венлафаксин 75-225 мг/сут.

5. Возможна комбинация с производными бензодиазепаина в первые 3-4 недели лечения.

6. Для быстрого воздействия на тревожную и фобическую симптоматику возможно применение #гидроксизина** - 25-100 мг/сут

7. В каждом случае неэффективности психофармакотерапии в первую очередь необходимо удостовериться в соблюдении пациентом режима приема препаратов.

8. В случае частичного ответа на то или иное инициальное лечение, возможны: смена текущего препарата на другой препарат первой линии, назначение комбинированной терапии: психотерапии + СИОЗС/СИОЗСН (N06AX Другие антидепрессанты). Если оставаться в рамках психофармакотерапии, то возможно повышение дозы антидепрессанта до максимальной на 4-6 недель, добавление производных бензодиазепаина на 2-4 недели.

9. #Алпразолам 0,5-0,75 мг/сут; #клоназепам 0,5-3 мг/сут.

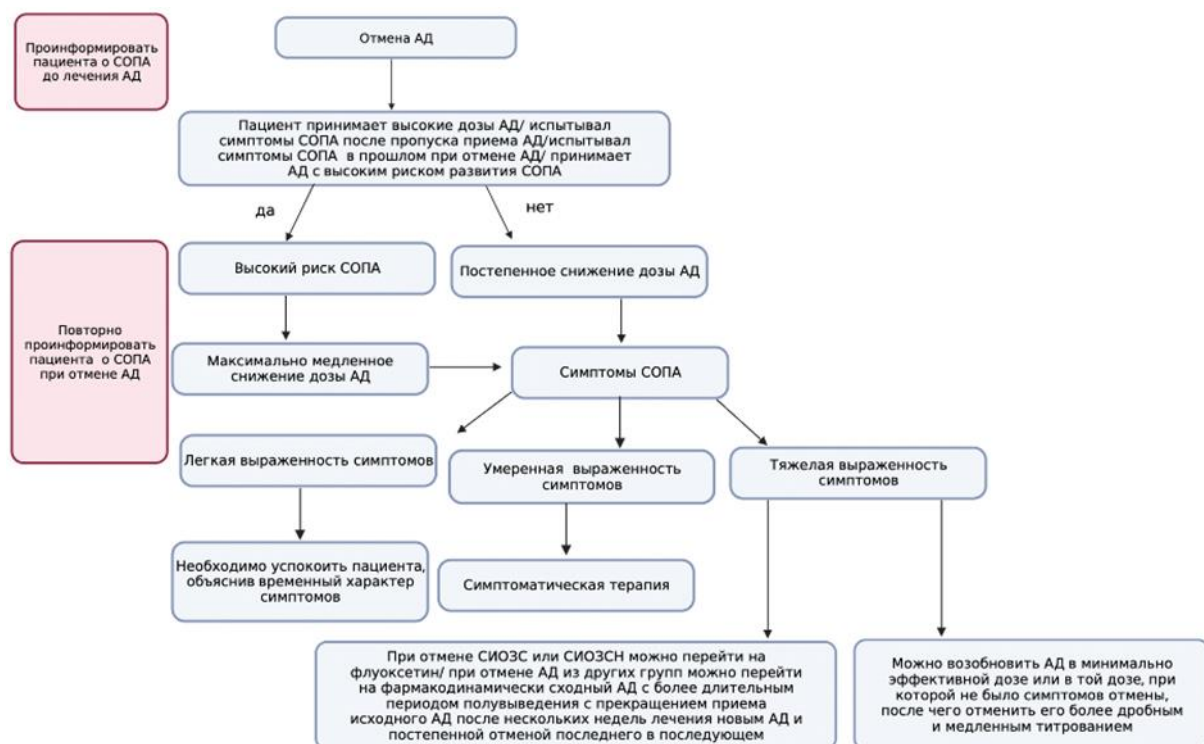
10. Для быстрого воздействия на тревожную и фобическую симптоматику возможно применение #гидроксизина** – 25-100 мг/сут

11. В случае отсутствия ответа на терапию СИОЗС, #венлафаксином, #тразодоном, #миртазапином, #агомелатином, производными бензодиазепаина, следует провести дополнительную дифференциальную диагностику с другими как психическими (обсессивно-компульсивное расстройство, аффективные расстройства, шизотипическое расстройство, шизофрения и др.), так и неврологическими (эпилепсия и др.) заболеваниями. В случае подтверждения диагноза ТФР возможно использование следующих стратегий преодоления резистентности:

- Добавление к антидепрессанту антипсихотических средств: #сульпирид** 50-400 мг-сут; #кветиапин** 50-400 мг/сут
- Назначение противоэпилептических препаратов: #габапентин 900-3600 мг/сут; #прегабалин ** 150-600 мг\сут

12. Для антидепрессантов 6 - 12 мес в той же дозировке; для производных бензодиазепаина не более 6 мес. В случае фармакотерапии в дальнейшем требуется постепенная отмена препарата с контролем симптомов отмены. Для психотерапии - поддерживающие встречи 1 раз в месяц.

Алгоритм профилактики и ведения пациентов с синдромом отмены приема антидепрессантов (СОПА)



Примечание. АД – антидепрессант, СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, СИОЗСН - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (N06АХ Другие антидепрессанты), СОПА – синдром отмены приема антидепрессантов

В случае принятия решения о прекращении длительной терапии антидепрессантами, постепенное снижение дозы антидепрессанта является наиболее предпочтительным, а при высоком риске синдрома отмены приема антидепрессантов (СОПА) желательно максимально медленное снижение дозы, при этом нет единых рекомендаций по продолжительности периода постепенного снижения и минимальной дозе, до которой следует сократить прием антидепрессанта перед прекращением его приема. Если не удалось избежать СОПА, при его легкой выраженности медикаментозная терапия не показана, и достаточно проинформировать пациента о временном характере симптомов. При умеренной выраженности СОПА необходимо проведение симптоматической терапии. При тяжелой выраженности симптомов при отмене антидепрессанта или значительном снижении его дозы можно воспользоваться следующими опциями, которые равноценны между собой, то есть не имеют определенной последовательности их применения: 1) возобновить антидепрессанта в минимально

эффективной дозе или в той дозе, при которой не было симптомов отмены, после чего отменить его более дробным и медленным титрованием; 2) при отмене антидепрессанта из группы СИОЗС или СИОЗСН (N06АХ Другие антидепрессанты) можно перейти на #флуоксетин** с прекращением приема исходного АД после нескольких недель лечения #флуоксетином** и постепенной отменой последнего в последующем, при отмене антидепрессанта из других групп можно перейти на фармакологически сходный антидепрессант с более длительным периодом полувыведения и в дальнейшем постепенно отменить оба антидепрессанта как в случае с переходом на #флуоксетин** [215,216,260].

Приложение В. Информация для пациента

Что такое тревожные расстройства?

Тревожно-фобические расстройства – это группа заболеваний нервной системы, основным проявлением которых является стойкое чувство страха, возникающие вне реальной опасности в конкретных ситуациях.

Каковы основные симптомы тревожно-фобических расстройств?

Необоснованное чувство страха, возникающее в определенных ситуациях, затруднение дыхания, головокружения, страх смерти или неминуемой катастрофы, боль в груди или в животе, чувство «кома в горле», избегание тревожащих ситуаций, возникновение тревоги при мысли о возможности попадания в подобную ситуацию и пр.

Диагностика тревожно- фобических расстройств.

Обычно диагноз устанавливается после исключения всех болезней, при которых могут наблюдаться похожие симптомы. Диагностикой и лечение тревожно-фобических занимается врач-психотерапевт, психиатр.

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

Лечение тревожно-фобических состояний.

Лечение тревожно-фобических расстройств включает психотерапию и назначение лекарственных препаратов, снижающих чувство страха (анксиолитиков).

Психотерапия включает различные методики, помогающие больному с тревожным расстройством правильно оценивать ситуацию, достигать расслабления во время приступа тревоги, преодолеть избегающее или ограничительное поведение. Психотерапия может проводиться индивидуально или в небольших группах. Обучение правилам поведения в различных ситуациях помогает чувствовать уверенность в своих силах справиться со стрессовыми ситуациями.

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

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

Приложение Г1. Шкала М. Гамильтона для оценки тревоги

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

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

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

Тип (подчеркнуть):

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

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

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

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

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

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

Содержание (шаблон):

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

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

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

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

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

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

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

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

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

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

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

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ключ (интерпретация)

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

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

0-7 баллов – отсутствие тревоги.

8-17 баллов – наличие симптомов тревожного расстройства.

18-24 балла – средняя выраженность тревожного расстройства.

25-56 баллов – тяжелая степень выраженности тревожного расстройства.

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

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

1. Тревожное настроение – озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность.
2. Напряжение – ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться.
3. Страхи – боязнь темноты, незнакомых людей, животных, транспорта, толпы, страх оставаться одному.
4. Инсомния – затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха сон с чувством разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сновидения.
5. Интеллектуальные нарушения – затруднения концентрации внимания, ухудшение памяти.

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

Приложение Г2. Опросник выраженности психопатологической симптоматики

Название на русском языке: Опросник выраженности психопатологической симптоматики

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

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

Тип (подчеркнуть):

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

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

Опросник SCL-90-R состоит из 90 пунктов, каждый из которых оценивается по пятибалльной системе ранжирования дистресса от «несколько» до «крайне». Эти пункты позволяют определить выраженность 9 симптоматических шкал, которые составляют основу большинства поведенческих симптомов у психически больных. Каждый параметр включает в себя не менее 6 пунктов. Достоверность оценивающих шкал пропорциональна числу пунктов шкалы (в пределах определенных ограничений). Это было подтверждено как психометрической теорией, так и теорией информации. Небольшое количество пунктов шкалы SCL-90-R не включены в 9 ведущих параметров и выделены отдельно в дополнительную группу развивающихся пунктов.

Содержание (шаблон):

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

ФИО _____ Дата _____

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

27.Боли в пояснице	0	1	2	3	4
28.Ощущение, что Вам что-то мешает сделать что-либо	0	1	2	3	4
29.Чувство одиночества	0	1	2	3	4
30.Подавленное настроение, хандра	0	1	2	3	4
31.Чрезмерное беспокойство по разным поводам	0	1	2	3	4
32.Отсутствие интереса к чему-либо	0	1	2	3	4
33.Чувство страха	0	1	2	3	4
34.То, что Ваши чувства легко задеть	0	1	2	3	4
35.Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли	0	1	2	3	4
36.Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам	0	1	2	3	4
37.Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь	0	1	2	3	4
38.Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки	0	1	2	3	4
39.Сильное или учащенное сердцебиение	0	1	2	3	4
40.Тошнота или расстройство желудка	0	1	2	3	4
41.Ощущение, что Вы хуже других	0	1	2	3	4
42.Боли в мышцах	0	1	2	3	4
43.Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас	0	1	2	3	4
44.То, что Вам трудно заснуть	0	1	2	3	4
45.Потребность проверять или перепроверять то, что Вы делаете	0	1	2	3	4
46.Трудности в принятии решений	0	1	2	3	4
47.Боязнь езды в автобусах	0	1	2	3	4
48.Затрудненное дыхание	0	1	2	3	4
49.Приступы жара или озноба	0	1	2	3	4
50.Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они Вас пугают	0	1	2	3	4
51.То, что Вы легко теряете мысль	0	1	2	3	4

52. Онемение или покалывание в различных частях тела	0	1	2	3	4
53. Комок в горле	0	1	2	3	4
54. Ощущение, что будущее безнадежно	0	1	2	3	4
55. То, что Вам трудно сосредоточиться	0	1	2	3	4
56. Ощущение слабости в различных частях тела	0	1	2	3	4
57. Ощущение напряженности или взвинченности	0	1	2	3	4
58. Тяжесть в конечностях	0	1	2	3	4
59. Мысли о смерти	0	1	2	3	4
60. Переедание	0	1	2	3	4
61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами	0	1	2	3	4
62. То, что у Вас в голове чужие мысли	0	1	2	3	4
63. Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	0	1	2	3	4
64. Бессонница по утрам	0	1	2	3	4
65. Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать	0	1	2	3	4
66. Беспокойный и тревожный сон	0	1	2	3	4
67. Импульсы ломать или крушить что-либо	0	1	2	3	4
68. Наличие у Вас идей или верований, которые не разделяют другие	0	1	2	3	4
69. Чрезмерная застенчивость при общении с другими	0	1	2	3	4
70. Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)	0	1	2	3	4
71. Чувство, что все, чтобы Вы ни делали, требует больших усилий	0	1	2	3	4
72. Приступы ужаса или паники	0	1	2	3	4
73. Чувство неловкости, когда Вы едите или пьете на людях	0	1	2	3	4
74. То, что Вы часто вступаете в спор	0	1	2	3	4
75. Нервозность, когда Вы оставались одни	0	1	2	3	4
76. То, что другие недооценивают Ваши достижения	0	1	2	3	4

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

Ключ (интерпретация):

Ключ.

№	Шкалы	Пункты	Число пунктов
1	SOM Соматизация	1 4 12 27 40 42 48 49 52 53 56 58	12
2	O-C Обсессивность- компульсивность	3 9 10 28 38 45 46 51 55 65	10
3	INT	6 21 34 36 37 41 61 69 73	9

	Межличностная тревожность		
4	DEP Депрессивность	14 15 20 22 26 29 30 31 32 54 56 71 79	13
5	ANX Тревожность	2 17 23 33 39 57 72 78 80 86	10
6	HOS Враждебность	11 24 63 67 74 81	6
7	PHOB Фобии	13 25 47 50 70 75 82	7
8	PAR Паранойяльность	8 18 43 68 76 83	6
9	PSY Психотизм	7 16 35 62 77 84 85 87 88 90	10
10	Dopoln. Дополнительные пункты	19 44 59 60 64 66 89	7

Обработка полученных данных

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

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

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

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

Сводная таблица

№	Шкалы	Норма		Пациенты			
		Россия	США	Россия		США	
				Неврозы до лечения	Неврозы после	Амбулаторная психиатрия	Стационарная психиатрия

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

Интерпретация

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

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

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

склонность к рефлексии и заниженную самооценку.

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

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

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

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

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

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

Приложение ГЗ. Интегративный тест тревожности – ИТТ

Название на русском языке: Интегративный тест тревожности – ИТТ

Оригинальное название: Интегративный тест тревожности – ИТТ

Источник: Разработан в лаборатории клинической психологии Института им. В.М. Бехтерева (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., 1997). Бизюк А.П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ) // Методические рекомендации / А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2003. – 23 с.

Тип (подчеркнуть):

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

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

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

Содержание (шаблон):

Регистрационный бланк шкалы личностной тревожности (ШКАЛА СТ-Л)

ФИО _____

Возраст _____

Дата обследования _____

Место обследования _____

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

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

	Сырые баллы	Станайны
Общий показатель		

	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
Сырые баллы					
Станайны					

Регистрационный бланк шкалы ситуативной тревожности (ШКАЛА СТ-С)

ФИО _____

Возраст _____

Дата обследования _____ место обследования _____

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

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

Я ощущаю свою бесполезность				
Я спал беспокойно				
Я ощущаю себя утомленным				
Я эмоционально чувствителен				

	Сырые баллы	Станайны
Общий показатель		

	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
Сырые баллы					
Станайны					

Ключ (интерпретация)

Ключ

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

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

Таблица подсчета показателей по вспомогательным шкалам

	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
1	74 49 25				
2	73 49 24				
3				110 74 37	
4	80 53 27				
5				98 65 32	

6	73	49	24				
7					111	74	37
8				91	61	30	
9					85	56	28
10							171 114 57
11							129 86 43
12					87	58	29
13				122	81	41	
14				87	58	29	
15							92 61 31

Перевод в станаины показателей вспомогательных шкал для взрослых и юношей

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

Перевод в станаины показателей вспомогательных шкал для девушек

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

Интерпретация

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

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

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

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

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

Приложение Г4. Методика оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина

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

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

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

Тип (подчеркнуть):

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

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

Содержание (шаблон)

Инструкция

Шкала ситуативной тревожности

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

пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
	Я спокоен	1	2	3	4
	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4

	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
	Я внутренне скован	1	2	3	4
	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
	Я расстроен	1	2	3	4
	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
	Я встревожен	1	2	3	4
0	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
1	Я уверен в себе	1	2	3	4
2	Я нервничаю	1	2	3	4
3	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
4	Я взвинчен	1	2	3	4
5	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
6	Я доволен	1	2	3	4
7	Я озабочен	1	2	3	4
8	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
9	Мне радостно	1	2	3	4
0	Мне приятно	1	2	3	4

Инструкция

Шкала личной тревожности

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

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

№ пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя незащищенным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических	1	2	3	4

	ситуаций и трудностей				
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Ключ (интерпретация):

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

Уровень реактивной тревожности вычисляется по формуле:

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

TP – показатель реактивной тревожности;

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

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

Для исчисления уровня личностной тревожности применяется формула:

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

TL – показатель личностной тревожности;

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

$\sum lo$ – сумма баллов по обратным вопросам (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Интерпретация

до 30 баллов – низкая тревога (тревожность),

31-44 балла – умеренная;

45 и более – высокая.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам.

Для низкотревожных личностей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Состояние реактивной (ситуационной) тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Естественно, это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной подшкале позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него.

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

Приложение Г5. Шкала тревоги А. Бека

Название на русском языке: Шкала тревоги А. Бека

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

Источник: Beck A.T. et al. An Inventory for Measuring Depression // Archives of general psychiatry. – 1961. – Т.4.– №.6. – С. 561-571.

Тип (подчеркнуть):

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

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

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

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

Содержание (шаблон):

Инструкция.

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

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

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

Ключ (интерпретация)

Подсчёт производится простым суммированием баллов по всем пунктам шкалы ВАІ.

Значения от 0 до 9 баллов свидетельствует об отсутствии тревоги.

Значения от 10 до 21 балла свидетельствует о незначительном уровне тревоги.

Значения от 22 до 35 баллов соответствуют средней выраженности тревоги.

Значения от 36 до 63 баллов свидетельствуют об очень высокой тревоге.

Приложение Г6. Шкала самооценки тревоги Д. Шихана

Название на русском языке: Шкала самооценки тревоги Д. Шихана

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

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

Тип (подчеркнуть):

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

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

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

Содержание (шаблон):

Инструкция.

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

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

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

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

Ключ (интерпретация):

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

0-29 – отсутствие клинически выраженной тревоги,

30-79 – клинически выраженная тревога,

80 и выше – тяжелое тревожное расстройство, паническое расстройство.

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

Приложение Г7. Миннесотский многофакторный личностный опросник (ММПИ)

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

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

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

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

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

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

Приложение Г8. Ich Struktur Test nach G.Ammon – методика «Я-структурный тест» Г. Аммона (1978) (ISTA)

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

Оригинальное название: Ich-Struktur-Test nachG.Ammon (ISTA).

Источник: Ammon G. Das VerstandniseinesEntwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Personlichkeit und umgebender Gruppe alsGrundlagefiirWissenschaft und Praxis einerDynamischenPsychiatrie. — Dynamische Psychiatrie, 1978, Jg. 11, s. 120-140.

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

Тип (подчеркнуть):

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

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

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

Приложение Г9. Методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК)

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

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

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

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

Тип (подчеркнуть):

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

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

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

Приложение Г10. «Personal Beliefs Test» (KassinoveH., BergerA., 1988) - Опросник для исследования личностных убеждений

Название на русском языке: Опросник для исследования личностных убеждений.

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

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

Тип (подчеркнуть):

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

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

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

Приложение Г11. Life Style Index – методика «Индекс жизненного стиля» (LSI)

Название на русском языке: Индекс жизненного стиля.

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

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

Тип (подчеркнуть):

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

Назначение: личностный опросник, разработанный для оценки выраженности 8 основных механизмов психологической защиты (8 шкал, полученных путем процедуры факторного анализа): отрицание, проекция, регрессия, компенсация, вытеснение, замещение, интеллектуализация и реактивные образования. Вопросник состоит из 97 вопросов и позволяет оценить частоту использования в повседневной жизни того или иного защитного механизма. Подсчет баллов и перевод их в шкальные оценки (процентили) производится по специальным таблицам. Совокупность шкальных оценок отражает индивидуальную структуру психологической защиты личности, в целом стиль защитного поведения человека.

Приложение Г12. Стратегии совладающего поведения (СПП).

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

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

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Адаптация методики Вассерман Л.И. с соавт., Санкт-Петербургский научно-исследовательский

Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, лаборатория клинической психологии. - Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для личности ситуациями / Пособие для врачей и медицинских психологов. - Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - СПб, 2009. - 40с.

Тип (подчеркнуть):

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

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

Приложение Г13. Мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne decision making questionnaire, – MDMQ)

Название на русском языке: Мельбурнский опросник принятия решений.

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

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Адаптация методики - Kornilova T.V. Melbourne Decision Making Questionnaire: A Russian Adaptation, Московский государственный университет им.М.В. Ломоносова, факультет психологии.- Корнилова Т.В. Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности // Психологический журнал. 2010. Т. 31. № 1. С. 74—86; Корнилова Т.В. Мельбурнский опросник принятия решений: русскоязычная адаптация // Психологические исследования. – 2013. – Т. 6. – № 31.

Тип (подчеркнуть):

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

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

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

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

Приложение Г14. Опросник невротической личности KON-2006

Название на русском языке: Опросник невротической личности KON-2006

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

Источник (методические рекомендации по применению методики): Aleksandrowicz J., Klasa K., Sobański J., Stolarska D. Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON – 2006,

Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Biblioteka Psychoterapii Polskiej, Kraków, 2006, p. 72.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): адаптация методики - Исурина Г.Л., Тромбчиньски П.К., Санкт-Петербургский государственный университет, факультет психологии. Сравнительное исследование: Исурина Г.Л., Грандилевская И.В., Тромбчиньски П.К. Опросник KON-2006» – новый метод исследования невротических черт личности / Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 6(47), Galina L. Isurina, Irina V. Grandilevskaya, Piotr K. Trabczynski The experience of using the "Neurotic Personality Questionnaire KON-2006" in Russia Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2019; 1: 74–86., Исурина Г.Л., Грандилевская И.В., Тромбчиньски П.К., Горбунов И.А. Опросник невротической личности KON-2006 Методические рекомендации СПб 2018 - 62с.

Тип (подчеркнуть):

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

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

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

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

Приложение Г15. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25)

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

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

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

Тип (подчеркнуть):

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

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

Анкета заполняется респондентом лично или с участием интервьюера, включает 25 вопросов с вариантами ответов. Заполняется последовательно - с 1-го по 25-й вопрос. Для каждого вопроса респондент выбирает наиболее подходящий ответ из предложенного закрытого перечня, включающего 6 возможных вариантов. На каждый вопрос анкеты

может быть выбран только один ответ. Заполненная анкета обрабатывается интервьюером по алгоритму. Обработку результатов можно выполнять как в автоматизированном, так и в ручном режиме. На каждый вопрос имеется 6 вариантов оцениваемых в баллах ответов. Обработку результатов проводят в два этапа.

На первом этапе вычисляют технические показатели: «важность лекарственной терапии», «важность медицинского сопровождения», «важность модификации образа жизни» и «готовность к лекарственной терапии», «готовность к медицинскому сопровождению», «готовность к модификации образа жизни». Каждый технический показатель представляет собой простую сумму баллов, полученную при ответах на соответствующие вопросы. Минимальное возможное значение каждого технического показателя составляет 5 баллов, а максимальное - 30 баллов.

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

Приложение Г16. Шкала социальной тревожности Либовица

Название на русском языке: Шкала социальной тревожности Либовица

Оригинальное название: Liebowitz Social Anxiety Scale – LSAS (Liebowitz M.R. 1987)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Liebowitz MR. Social phobia. Mod Probl Pharmacopsychiatry. 1987;22:141-73. doi: 10.1159/000414022. PMID: 2885745.

Григорьева И.В., Ениколопов С.Н. Апробация опросников «Шкала социальной тревожности Либовица» и «Шкала страха негативной оценки (краткая версия)» // Национальный психологический журнал. – 2016. – № 1(21). – С. 31-44.

Тип (подчеркнуть):

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

Назначение: Методика предназначена для диагностики уровня социальной тревожности и ее влияния на адаптацию в обществе.

Шкала социальной тревожности Либовица (Liebowitz, 1987) состоит из описания 24 социальных ситуаций, в каждой из которых испытуемому предлагается оценить интенсивность возникающего страха (или тревоги) и частоту избегания той или иной социальной ситуации. Оценка производится по четырехбалльной шкале Лайкерта, где 0 – отсутствие страха/избегания, а 3 – сильный страх/полное избегание. Социальные ситуации делятся на ситуации взаимодействия (interaction situation) и ситуации, в которых индивид потенциально может стать объектом наблюдения (performance situation).

Таким образом, «Шкала Социальной Тревожности Либовица» содержит 4 подшкалы:

- 1) шкала страха ситуаций социальных взаимодействий;
- 2) шкала страха ситуаций, в которых индивид может стать объектом наблюдения окружающих;
- 3) шкала избегания ситуаций социального взаимодействия;
- 4) шкала избегания ситуаций, в которых индивид может стать объектом наблюдения окружающих.

Кроме того, отдельно вычисляется общий суммарный балл по подшкалам страха и общий суммарный балл по подшкалам избегания, отражающие тенденцию испытывать страх/тенденцию к избеганию в широком спектре социальных ситуаций.

Общий суммарный балл по всем шкалам используется для оценки степени выраженности социальной тревожности.

Содержание (шаблон):

Инструкция.

Ниже вы найдёте описание 24-х ситуаций. Ответы необходимо давать, основываясь на событиях прошедшей недели по сегодняшний день включительно. Вы определяете, насколько вы были тревожны в описанной ситуации, или были бы (в случае если бы она произошла). Определяете вы это с помощью 4-х бальной системы.

Также во втором столбике укажите, до какой степени вы избегаете или избегали бы такого рода ситуации с помощью 4-х бальной шкалы.

	Страх или тревога	Избегание ситуации
	1 = отсутствует	1 = никогда
	2 = выражены слабо	2 = иногда

	3 = выражены умеренно 4 = выражены сильно	3 = часто 4 = как правило
1. Говорить по телефону в общественных местах.		
2. Участвовать в деятельности небольшой группы		
3. Есть в общественных местах		
4. Пить в общественных местах		
5. Говорить с начальством (вышестоящим лицом)		
6. Выполнять какие-либо действия или говорить перед аудиторией		
7. Участвовать в вечеринке, идти в гости		
8. Работать под наблюдением (в присутствии) кого-либо.		
9. Писать под наблюдением в присутствии) кого-либо		
10. Говорить по телефону с малознакомым человеком		
11. Говорить с глазу на глаз с малознакомым человеком		
12. Встречаться с незнакомыми людьми		
13. Мочиться в общественном туалете.		
14. Входить в комнату, где уже сидят другие люди.		
15. Быть в центре внимания		
16. Выступать на собрании без подготовки		
17. Тестироваться на умения, способности знания.		
18. Выражать неодобрение или несогласие с малознакомым человеком		
19. Смотреть прямо в глаза малознакомому человеку.		
20. Выступать с подготовленной речью перед группой людей		
21. Пытаться познакомиться с кем-то с целью сексуальных или романтических отношений.		
22. Возвратить товар в магазин или договориться о выплате компенсации.		

23. Организовать вечеринку /пригласить гостей		
24. Устоять перед настойчивыми предложениями продавца.		
Всего баллов:		
Сумма:		

Посчитайте сумму баллов в двух столбиках

Ключ (интерпретация):

55-65— слабовыраженная социофобия.

65-80— достаточно выраженная социофобия.

80-95— сильная социофобия.

Больше 95 — очень сильная социофобия.

Приложение Г17. Краткая шкала страха негативной оценки

Название на русском языке: Краткая шкала страха негативной оценки

Оригинальное название: Brief Fear of Negative Evaluation Scale – BFNE (Watson, Friend, 1969; Carleton et al., 2006)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Watson, D., & Friend, R. (1969) Measurement of Social-evaluative Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 33 (4), 448-457

Carleton, N.R., McCreary, D.R., Norton, P.J., & Asmundson, G.J.G. (2006) Brief Fear of Negative Evaluation Scale-Revised. *Depression and Anxiety*. 23, 297-303.

Григорьева И.В., Ениколопов С.Н. Апробация опросников «Шкала социальной тревожности Либовица» и «Шкала страха негативной оценки (краткая версия)» // *Национальный психологический журнал*. – 2016. – № 1(21). – С. 31-44.

Тип (подчеркнуть):

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

Назначение: Методика предназначена для измерения страха негативной оценки – центрального конструкта, лежащего в основе социальной тревожности.

Шкала страха негативной оценки (краткая версия) (Watson, Friend, 1969; Carleton et al., 2006) содержит 12 утверждений. Испытуемому предлагается оценить, насколько то или иное утверждение характеризует его/ее по пятибалльной шкале Лайкерта, где 1 – «совсем не характеризует меня», а 5 – «полностью характеризует меня».

Предполагается, что данный опросник измеряет центральный конструкт, лежащий в основе социальной фобии – страх негативной оценки.

Содержание (шаблон):

Инструкция.

Прочитайте внимательно предложенные утверждения и определите, насколько каждое из них характеризует Вас:

- 1 – Совсем не характеризует меня
- 2 – Слегка характеризует меня
- 3 – Умеренно характеризует меня
- 4 – В большой степени характеризует меня
- 5 – Полностью характеризует меня

№		1	2	3	4	5
1	Меня волнует мнение других людей обо мне, даже если я знаю, что оно не имеет особого значения.					
2	Я переживаю, если знаю, что обо мне составили неблагоприятное впечатление.					
3	Я очень переживаю из-за того, что окружающие могут заметить мои недостатки.					
4	Я беспокоюсь о том, какое произвожу впечатление на окружающих.					
5	Я боюсь того, что окружающие могут относиться ко мне с неодобрением.					
6	Я боюсь, что ко мне могут придрататься.					
7	Я озабочен тем, какое мнение обо мне составили окружающие.					
8	Когда я с кем-нибудь разговариваю, я не перестаю думать о том, какое впечатление я произвожу на своего собеседника.					
9	Я всегда думаю о том, какое впечатление я произвожу на других людей.					
10	Если я знаю, что кто-то меня оценивает, я начинаю волноваться.					
11	Иногда мне кажется, что я слишком сильно озабочен тем, что обо мне думают окружающие.					
12	Я часто беспокоюсь о том, что могу сказать или сделать что-то неправильно.					
Сумма						

В соответствии с данными ответами по каждому из вопросов начисляется от 1 до 5 баллов. Подсчитывается общая сумма набранных баллов.

Ключ (интерпретация):

12-23 – низкий уровень страха негативной оценки

24-46 – средний уровень страха негативной оценки

47-60 – высокий уровень страха негативной оценки

Приложение Г18. Опросник гелотофобии

Название на русском языке: Опросник гелотофобии

Оригинальное название: GELOPH <15> (Ruch W., Proyer R.T., 2008)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Ruch W., Proyer R.T. Who is gelotophobic? Assessment criteria for the fear of being laughed at // Swiss Journ. of Psychology. 2008. V. 67(1). P. 19–27.

Стефаненко Е.А., Иванова Е.М.; Ениколопов С.Н.; Проьер Р., Рух В. Диагностика страха выглядеть смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии / [и др.] // Психологический журнал. - 2011. - Том 32, - № 2. - С. 94-108.

Тип (подчеркнуть):

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

Назначение: Методика предназначена для выявления гелотофобии – страха выглядеть смешным, стать объектом насмешек.

Она представляет собой опросник из 15 утвердительно сформулированных пунктов для субъективной оценки гелотофобии.

Содержание (шаблон):

Инструкция.

Предлагаемые ниже утверждения относятся к Вашим чувствам, действиям и восприятию в целом. Пожалуйста, старайтесь, насколько возможно, описывать ваши привычные способы поведения и отношение, отмечая крестиком один из четырех вариантов ответа:

1 – Совершенно не согласен

2 – Не согласен

3 – Согласен

4 – Совершенно согласен

№		1	2	3	4
1	Когда в моем присутствии начинают смеяться, я настораживаюсь.				
2	Я стараюсь уклоняться от публичных выступлений, потому что мне кажется, что другие люди почувствуют мою неуверенность и будут насмехаться надо мной.				
3	Когда посторонние люди в моем присутствии начинают смеяться, мне часто кажется, что они смеются надо мной.				
4	Мне трудно поддерживать контакт глаз, потому что я боюсь услышать пренебрежительный комментарий в свой адрес.				
5	Когда мне делают шуговые замечания, я становлюсь словно парализованным.				
6	Я контролирую себя, чтобы ненароком не попасть в неприятную, досадную ситуацию и не стать из-за этого объектом насмешки.				
7	Мне кажется, что на других я произвожу странное впечатление.				
8	Несмотря на то, что я часто чувствую себя одиноким, я стараюсь избегать общественных мероприятий, чтобы уберечь себя от возможных высмеиваний и насмешек.				
9	Если однажды где-нибудь я вел себя особенно неловко, я стараюсь избегать этого места.				
10	Если бы у меня не возникало страха быть смешным на публике, я бы выступал публично.				
11	Если у кого-то я однажды вызвал смех, я никогда больше не смогу непринужденно общаться с этим человеком.				
12	Мне требуется очень много времени, чтобы прийти в себя после шутки в свой адрес (насмешки).				
13	Во время танцев я чувствую себя некомфортно, поскольку убежден, что я из тех людей, которые вызывают смех и насмешки.				
14	Даже когда я чувствую себя вполне спокойно, у меня возрастает страх попасть в неприятную ситуацию и показаться странным.				
15	Если я оказываюсь в неловкой ситуации, я цепенею и не могу адекватно себя вести.				
Сумма					

В соответствии с данными ответами по каждому из вопросов начисляется от 1 до 4 баллов.

Подсчитывается сумма набранных баллов по субшкалам и общая сумма набранных баллов. Далее подсчитывается средний показатель по субшкалам и общий средний показатель

Субшкалы:

Название	Номера утверждений
Гелотофобичное социальное реагирование	1, 3, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 15
Гелотофобичное самовосприятие	2, 6, 7, 8, 10, 14

Ключ (интерпретация):

Общее среднее значение:

1 – 1.2 – низкое значение

1.3 – 2.2 – среднее значение

2.3 – 4 – высокое значение

Приложение Г19. Шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale, CGI)

Название на русском языке: Шкала общего клинического впечатления

Оригинальное название: Clinical Global Impression Scale, CGI

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Guy W., editor. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration; 1976

Тип (подчеркнуть):

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

Назначение: Она состоит из 3 субшкал, отражающих оценку тяжести состояния, общую степень его улучшения по 7-балльной системе, и субшкалу индекса эффективности, который рассчитывается по совокупности одной из четырех степеней терапевтического эффекта (заметный, умеренный, минимальный, без изменений) и степени выраженности побочного эффекта препарата (отсутствует, незначительный, значительный, нивелирующий терапевтический эффект). Шкалу CGI используют после клинической оценки состояния больного по другим шкалам (сравнивают результаты оценки перед началом лечения и после завершения этапа или всего курса лечения).

Содержание (шаблон):

Инструкция.

1. Учитывая ваш общий клинический опыт работы с этой конкретной категорией пациентов, насколько выраженной вы оцените тяжесть психического расстройства данного пациента в настоящее время?

Баллы	Степень тяжести расстройства
0.	Не поддается оценке
2.	Погранично между нормой и расстройством
3.	Легкое расстройство
4.	Умеренно выраженное расстройство
5.	Выраженное расстройство
6.	Тяжелое расстройство
7.	Очень тяжелое расстройство

2. Оцените общее улучшение состояния, независимо от того, связано ли оно, по вашему мнению, исключительно с лекарственным лечением. Оцените насколько оно изменилось по сравнению с его исходным состоянием.

Баллы	Оценка общего улучшения
0.	Не поддается оценке
1.	Очень сильно улучшилось
2.	Сильно улучшилось
3.	Минимальное улучшение
4.	Без изменений
5.	Минимальное ухудшение
6.	Сильно ухудшилось
7.	Очень сильно ухудшилось

3. Индекс эффективности: оцените этот пункт основываясь только на эффекте лекарственного средства. Выберите условия, которые лучше всего описывают степень терапевтического эффекта и побочных эффектов, и запишите число в поле, где эти два показателя пересекаются.

Пример: терапевтический эффект оценивается как "умеренный", а побочные эффекты оцениваются как "не оказывают существенного влияния на функциональный статус пациента".

Терапевтический эффект		Побочные эффекты
	Нет Не оказывают Оказывают	

Значимый Значительное 1 2 3 4 улучшение.

Полная или почти полная ремиссия всех симптомов

Умеренный Умеренное 5 6 7 8 улучшение.

Частичная ремиссия симптомов

Минимальный

Незначительное 9 10 11 12 улучшение, которое не изменяет статуса ухода за пациентом

Без изменений или ухудшение 13 14 15 16

Примечание: 0 - отсутствие оценки

Ключ (интерпретация):

CGI оценивается по 7-балльной шкале, при этом шкала тяжести заболевания использует диапазон ответов от 1 (Здоров) до 7 (Очень сильно ухудшилось).

Оценка CGI-C (Clinical Global Improvement or Change) варьируются от 1 (Очень сильно улучшилось) до 7 (Очень сильно ухудшилось).

Пояснения. Оценка ответа на лечение должна учитывать, как терапевтическую эффективность, так и связанные с лечением побочные явления и варьируются от 0 (Значимое улучшение и отсутствие побочных эффектов) до 4 (Без изменений или ухудшение и побочные эффекты превалируют над терапевтическим эффектом). Каждый пункт CGI оценивается отдельно; по шкале не оценивается суммарный балл.