

**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
"Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО**

**РЕФЕРАТ НА ТЕМУ: «Генерализованное тревожное  
расстройство»**

Зав. кафедрой д.м.н., доцент Березовская М.А.  
Ординатор: Щетникова А.С.

Красноярск 2021 г.

## Оглавление

Актуальность .....	3
Определение.....	3
Этиология .....	3
Эпидемиология .....	4
Клиническая картина .....	5
Лечение .....	5
Первая линия.....	5
Вторая линия .....	7
Психотерапия .....	7
Выводы .....	8
Источники.....	9

## Актуальность

Являясь одним из наиболее распространенных расстройств спектра тревоги, ГТР остается наименее выявляемым из них. Однако наибольшие трудности выявления ГТР возникают в общемедицинской практике, куда обращаются многие больные с ГТР. У таких больных симптомы патологической тревоги включают массивные вегетативные проявления, маскируя собственно психопатологическую симптоматику. Научные исследования в области повышения эффективности фармакотерапии тревожных расстройств в последние годы представляют особый интерес. Ипохондричность, присущая многим пациентам, побуждает их к многократным повторным обследованиям у интернистов, надолго (иногда на годы) откладывая диагностику и начало лечения ГТР. Хотя заболевание обычно не приводит к выраженному снижению трудоспособности, но сопровождается существенным ухудшением качества жизни, и в этом отношении вполне сопоставимо с депрессией.

## Определение

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) – распространенная и устойчивая тревога и напряжение, не ограниченные или не вызванные преимущественно каким-либо особыми окружающими обстоятельствами («свободно плавающая тревога»). Заболевание характеризуется хроническим или рекуррентным течением и может приводить к выраженной дезадаптации и повышенному суицидному риску. Длительность тревожного состояния составляет как минимум 6 месяцев, не поддается сознательному контролю, то есть ее невозможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями, при этом интенсивность тревожных переживаний несоразмерна актуальной жизненной ситуации пациента.

## Этиология

Среди факторов риска появления ГТР выделяют:

- личностные особенности: осторожное поведение в незнакомой ситуации, негативная аффективность и повышенная настороженность, избегание возможного реального или воображаемого вреда, относятся к факторам, ассоциированным с ГТР.
- социальные факторы: хотя среди пациентов с ГТР чаще встречается воспитание по типу гиперпротекции и психотравмирующие воздействия в детском возрасте, на сегодня не выделен специфический психосоциальный фактор, имеющий связь с манифестацией ГТР.
- генетические и физиологические факторы: ГТР относится к полигенным мультифакторным заболеваниям, активно ведется изучение генетических полиморфизмов (множества генетических вариантов),

отвечающих за манифестацию ГТР. Роль генетических факторов для ГТР составляет порядка 30%, однако эти же генетические факторы определяют негативную аффективность и влияют на манифестацию других аффективных расстройств, в особенности депрессивного. Считается, что генетический риск для женщин в два раза больше, чем для мужчин.

ГТР остается наименее изученным из всех тревожных расстройств из-за высокой коморбидности с другими расстройствами настроения. В настоящее время получены 7 данные о роли в патогенезе ГТР чрезмерной активности норадренергической системы, низкой плотности бензодиазепиновых рецепторов. Также изучается задействованность иммунной системы с учетом того, что постоянные тревожные руминации могут способствовать высвобождению цитокинов и поддержанию «тлеющих воспалительных реакций» в организме. Среди психологических теорий ГТР одной из наиболее популярных является метакогнитивная теория согласно которой у пациентов с ГТР в метакогнитивном функционировании, связанном с наблюдением и оценкой собственных когнитивных процессов, преобладает представление о протективной и контролирующей реальность функциях избыточного беспокойства и катастрофических сценариев. Факт того, что большинство негативных сценариев, связанных с будущим не реализуется, в данном случае подтверждает защитную роль беспокойства и позитивно подкрепляется, что способствует приверженности тревожной метакогнитивной модели. Психодинамический подход указывает на то, что опыт депривации со значимым другим, олицетворяющим безопасность и отсутствие стабильной или преобладание тревожной модели привязанности в раннем детстве приводит к отсутствию чувства базовой безопасности, дефициту в структуре личности, определяющим преобладание свободно плавающей, нефабулируемой тревоги над ситуативной, проблемы в дифференциации психических и соматических ощущений и регуляцию аффективного напряжения, что создает предрасположенность для манифестации ГТР.

### Эпидемиология

Распространенность ГТР в течение жизни варьирует от 0,1 до 8,5% и в среднем составляет около 5% случаев среди взрослого населения. Среди других тревожных расстройств составляет существенную долю – от 12 до 25%. Чаще встречается у женщин. Соотношение женщин и мужчин составляет 3:1. Распространенность текущего ГТР определена в диапазоне от 2 до 3%. Чаще всего начинается между 21,1 и 34,9 годами. Информация о распространенности ГТР в России отсутствует.

## Клиническая картина

### F41.1 – Генерализованное тревожное расстройство

Клиническая картина представлена преимущественно тремя характерными группами симптомов ГТР:

1. Беспокойство и опасения, которые пациенту трудно контролировать и которые длятся больше, чем обычно. Это беспокойство генерализовано диффузно и не фокусируется на специфических проблемах, таких как возможность приступа паники (как при паническом расстройстве), оказаться в затруднительном положении (как при социальной фобии) или загрязненным (при обсессивно-компульсивном расстройстве). Другими психическими симптомами ГТР являются раздражительность, повышенная бдительность (гипервигилитет), трудности сосредоточения и чувствительность к шуму (гиперакузия).
2. Мышечное напряжение, которое может выражаться в треморе, неспособности расслабиться, повышенном мышечном тоне (и быть причиной болей различной локализации), головной боли (обычно билатеральной и часто в лобной и затылочной областях), ноющих мышечных болях, ригидности мышц, особенно мышц спины и плечевой области.
3. Гиперактивность вегетативной нервной системы, которая выражается повышенным потоотделением, тахикардией, сухостью во рту, дискомфортом в эпигастрии и головокружением и другими симптомами вегетативного возбуждения.

Факторы, свидетельствующие о более благоприятном прогнозе: позднее начало расстройства; незначительная выраженность социальной дезадаптации; пол – женщины более предрасположены к ремиссии. Факторы, свидетельствующие о неблагоприятном прогнозе: плохие взаимоотношения с супругом или родственниками; наличие коморбидных психических расстройств; пол – мужчины менее предрасположены к ремиссии. Коморбидность является характерным признаком ГТР. Свыше 90% всех пациентов с первичным диагнозом «генерализованное тревожное расстройство» в течение жизни имели еще и другое психическое расстройство.

## Лечение

### Первая линия

Пациентам с ГТР в качестве основной терапевтической стратегии с целью повышения эффективности лечения рекомендована комбинация психофармакотерапии и психотерапии. Данные современных научных исследований подтверждают эффективность как психофармакотерапии, так и психотерапии (когнитивноповеденческой, динамической, релаксационной и

др. в лечении ГТР). Имеются исследования, показывающие высокую эффективность сочетанного применения психофармакотерпии и психотерапии. Выбор стратегии терапии и соотношение психофармакотерпии и психотерапии зависят от проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, установок и ожидания пациента, актуальных ресурсов и организационных возможностей и должен гибко оцениваться с учетом персонализированного подхода в каждом конкретном случае. Имеются показания и противопоказания как для психофармакологического, так и для психотерапевтического лечения. Они преимущественно связаны с состоянием пациента, побочными эффектами и организационными условиями.

Пациентам с ГТР в качестве препаратов первой линии преимущественно рекомендуется начинать терапию с назначения СИОЗС (пароксетин 20-40 мг/сут, эсциталопрам 10-20 мг/сут, циталопрам 20-40 мг/сут, сертралин 50-200 мг/сут), либо СИОЗСН (венлафаксин 75-225 мг/сут, дулоксетин 60-120 мг/сут), либо прегабалин (150-600 мг/сут) с целью снижения интенсивности тревоги и стабилизации настроения. Рекомендованная длительность терапии составляет 6-12 месяцев. Монотерапия антидепрессантами начинается с минимальных дозировок и постепенно титруется до терапевтических. Анксиолитический эффект развивается индивидуально в течение 2-8 недель. К преимуществам этой группы препаратов относятся хороший профиль эффективности-переносимость-безопасность, возможность однократного приема, наличие долговременного эффекта терапии; к недостаткам – отставленное развитие эффекта, возможный анксиогенный эффект в первую неделю терапии, необходимость титрации дозировки, негативное влияние на сексуальную функцию, развитие тошноты и некоторых других побочных эффектов. Рекомендуется предупредить пациента с ГТР о возможном развитии побочных эффектов в начале приема антидепрессантов для обеспечения комплаенса. В первые недели приема целесообразно наблюдать за больным, оценивая суицидные риски, возможное усиление тревожной симптоматики.

Пациентам ГТР с выраженной тревогой и вегетативными нарушениями на первом этапе терапии рекомендуется краткосрочное применение бензодиазепинов (диазепам 10-20 мг/сут, лоразепам 2-10 мг/сут, клоназепам 1-4 мг/сут, альпразолам 0,25-4 мг/сут, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 1-3 мг/сут) с целью купирования тревоги и вегетативных симптомов. Преимуществами бензодиазепинов являются быстрый эффект, хорошая переносимость, широкое терапевтическое окно – безопасность при передозировке. Учитывая, что эффект антидепрессантов достигается через 4-6 недель терапии, кратковременное назначение бензодиазепинов на первом этапе позволяет снизить интенсивность тревожной симптоматики.

## Вторая линия

В случае частичной редукции симптоматики при применении СИОЗС, СИОЗСН или прегабалин, рекомендуется доведение дозы препарата до максимально рекомендованной (по переносимости) с целью формирования полной редукции клинической симптоматики ГТР.

В случае отсутствия терапевтического эффекта СИОЗСН, СИОЗС и прегабалином, рекомендуется комбинированная терапия антидепрессантами (СИОЗС/СИОЗСН) и прегабалином (150-600 мг/сут).

В случае отсутствия терапевтического эффекта на фоне терапии СИОЗСН, СИОЗС и прегабалином, рекомендуется смена лекарственной терапии на имипрамин 25-200 мг/сут или кломипрамин 50-200 мг/сут. Терапия трициклическими антидепрессантами должна проводиться под тщательным мониторингом специалиста ввиду риска развития побочных эффектов препаратов (набор веса, ортостатическая гипотензия, тахикардия и пр.). Нежелательно назначать трициклические антидепрессанты в пожилом возрасте.

Пациентам с ГТР при неэффективности терапии антидепрессантами или их сочетания с бензодиазепинами рекомендуется назначение антипсихотиков с целью снижения тревоги: кветиапин, арипипразол, рисперидон, оланзапин, хлорпротиксен.

Пациентам с ГТР рекомендуется проводить терапию длительностью не менее 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта применяемой терапии с целью стабилизации эффекта и профилактики рецидивов. Однако в большинстве случаев целесообразен более длительный период лечения – 12 месяцев и более. Поскольку ГТР имеет высокий риск рецидивирования. Для профилактики рецидивов при достижении стабилизации на фоне применения антидепрессантов, целесообразно продолжить их применение в той же дозировке, на которой был достигнут терапевтический эффект еще 6-12 месяцев. При стабильном состоянии отмена терапии осуществляется постепенно, снижение дозировок осуществляется под контролем врача в течение не менее 3 месяцев.

## Психотерапия

Психотерапия является доказанным эффективным методом лечения невротических расстройств, в.ч. и генерализованного тревожного расстройства. Оптимальным является сочетание психофармакотерапии и психотерапии, поскольку это в максимальной степени соответствует современной биопсихосоциальной концепции формирования психических расстройств и позволяет реализовать принципы персонализированной медицины, повысить эффективность терапевтических вмешательств. Имеются 26 доказательные исследования в отношении ряда методов психотерапии.

Однако необходимо помнить, что дизайн доказательных исследований в психотерапии достаточно сложен и клиническая практика по многим параметрам отличается от научного эксперимента. Большое количество источников, показывающих эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии, связано скорее с возможностью в рамках научных исследований воспроизводить определенные техники, а не с безусловным приоритетом этого метода для пациентов с генерализованным тревожным расстройством. Другие методы психотерапии, имеющие на сегодняшний день меньшую доказательную базу, могут быть не менее, а возможно в определенных случаях более эффективными, чем когнитивно-поведенческая психотерапия.

Для лечения ГТР могут использоваться следующие техники в рамках когнитивноповеденческой психотерапии.

1. Когнитивное реструктурирование. Проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных ощущений. Может дополняться экспозицией *in vivo* для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения.
2. Тренировка дыхания. Показана в случае выраженного гипервентиляционного компонента в структуре тревоги. Тренинг может дополняться принудительной гипервентиляцией с приобретением навыков контроля симптоматики за счет дыхания в мешке.
3. Прикладная релаксация. Использование прогрессивной мышечной релаксации и обучение пациентов навыкам контроля за своим физическим состоянием.
4. Тренинг по осознанию беспокойства (с записями о времени и содержании беспокоящих мыслей)
5. Тренинг, направленный на осознание и преодоление собственной низкой толерантности к неопределенности.
6. Тренинг, направленный на выработку навыков проблемно-решающего поведения.

## Выводы

ГТР—распространенное психическое расстройство с хроническим, волнообразным течением, спонтанная ремиссия которого отмечалась лишь у трети пациентов. Это расстройство вызывает снижение трудоспособности и качества жизни, и утяжеляет течение сопутствующих соматических заболеваний, приводя к увеличению затрат на ведение таких пациентов. Индивидуальное своеобразие психического состояния больных генерализованным тревожным расстройством определяется соотношением

психического и соматического компонентов тревоги, а также психопатологическими феноменами, обусловленными ко-морбидными психическими расстройствами (депрессия, панические атаки, фобии, соматоформные симптомы).

#### Источники

1. Бобров А.Е. Клинические, личностные и когнитивно-стилевые особенности больных с тревожными расстройствами / А. Е.Бобров, Е. В. Файзрахманова // Российский психиатрический журнал. – 2017. – № 5.
2. 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 им. П.Б. Ганнушкина. – 2019. – № 03.
3. Вельтищев Д.Ю. Диагностика и лечение генерализованного тревожного расстройства (обзор литературы] / Д. Ю. Вельтищев // Современная терапия психических расстройств. – 2018. – № 3.
4. Шавловская О.А. Коррекция тревожных нарушений: фокус на коморбидного пациента / О. А. Шавловская, С. Л. Кузнецов // Терапевтический архив. – 2018. – № 4.

ФГБОУ «Красноярский государственный медицинский университет имени  
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

### РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра \_\_\_\_\_ психиатрии и наркологии с курсом ПО \_\_\_\_\_

Рецензия \_\_\_\_\_ зав. Кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. \_\_\_\_\_

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности Психиатрия

Щетниковой Анастасии Сергеевны

**Тема реферата: «Генерализованное тревожное расстройство».**

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
<b>1. Структурированность</b>	
<b>2. Актуальность</b>	
<b>3. Соответствие текста реферата его теме</b>	
<b>4. Владение терминологией</b>	
<b>5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы</b>	
<b>6. Логичность доказательной базы</b>	
<b>7. Умение аргументировать основные положения и выводы</b>	
<b>8. Источники литература (не старше 5 лет)</b>	
<b>9. Наличие общего вывода по теме</b>	
<b>10. Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)</b>	

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 год

Подпись рецензента \_\_\_\_\_ Березовская М.А.

Подпись ординатора \_\_\_\_\_