

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра кафедра психологии и наркологии с курсом ПП
(наименование кафедры)

Рецензия зав. кафедрой, д.м.н. Бедерской М.А.
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности "Психология"

Тема реферата "Генерализованное тревожное расстройство"
(ФИО ординатора)

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	10/9
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	отлично

Дата: «14» ноября 2023 год

Подпись рецензента

[Подпись]
(подпись)

Бедерская М.А.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

[Подпись]
(подпись)

Теребенкова ТВ
(ФИО ординатора)

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

Тема: «Генерализованное тревожное расстройство»

Выполнила:

Ординатор специальности психиатрия

Первалова П. В

Проверила:

Зав. Кафедрой, : Березовская М. А

Красноярск 2023

Оглавление

Актуальность.....	3
Нейроанатомический субстрат формирования тревоги.....	4
Нормальная и патологическая тревога.....	6
Этиология и патогенез.....	7
Критерии диагностики ГТР в МКБ 10.....	8
Клиническая картина.....	10
Современные методы лечения.....	13
Выводы.....	15
Литература.....	16

Актуальность

По данным Всемирной организации здравоохранения тревожные расстройства - самый распространенный в мире вид психических расстройств, в 2019 г. ими страдали 301 млн человек. В основном это объясняется повышением общего уровня напряжения, обусловленным научно-техническим прогрессом, увеличением окружающей информации, усложнением многозадачности, несовершенством механизмов психофизической адаптации, возрастанием числа социально-психологических ситуаций с неопределенным прогнозом.

Также, поскольку тревожные расстройства относятся к невротическому регистру психических заболеваний, пациенты с тревожной симптоматикой часто встречаются в практике врачей всех специальностей и вызывают затруднения в постановке диагноза, что связано с многообразием клинических проявлений. Однако, не смотря на кажущуюся на первый взгляд «легкость» симптоматики, в действительности, для пациента данное расстройство часто становится мучительным, оказывает негативное влияние на качество жизни больного, значительно ухудшает его психическую, физическую и социальную адаптацию. Не смотря на высокую распространенность тревожных расстройств, только около 30 % пациентов активно ищут помощи. Кроме того, тревожные расстройства в значительной степени окрашены этническими и культуральными особенностями, в связи с чем стандартизация их диагностики и лечения сильно затруднена.

Каждый современный врач-психиатр в своей практике встретится с такими заболеваниями как паническое расстройство, тревожно-фобическое, генерализованное тревожное расстройство, поэтому так важно знать патогенетические механизмы возникновения, клинические проявления, методы лечения данных расстройств.

Нейроанатомический субстрат формирования тревоги

В настоящее время в современной отечественной и зарубежной медицинской литературе имеется большое число публикаций о патогенезе и терапии тревожных расстройств.

Патогенез тревожных расстройств в настоящее время связывается с несколькими основными биологическими механизмами: дисфункцией нейрофизиологических и медиаторных систем мозга, нейрогуморальными сдвигами, иммунологическими нарушениями. Наиболее разработанными являются вопросы нейрофизиологии тревоги. Так у здоровых людей тревога ассоциируется с активацией миндалины и островка. При патологических состояниях в генез тревоги вовлекаются и другие отделы мозга. Несмотря на некоторые противоречия, различные исследования показывают, что нарушения в некоторых областях мозга специфическим образом связаны с отдельными формами тревожных расстройств.

Считается, что нейроанатомический субстрат формирования тревоги включает в себя такие структуры, как миндалина, префронтальная кора, гиппокамп, таламус, центральная область покрышки среднего мозга, голубое пятно, дорсальное ядро блуждающего нерва, латеральный гипоталамус, паравентрикулярное ядро гипоталамуса. Среди этих структур миндалина считается ключевой.

Миндалевидное тело условно состоит из нескольких ядер - медиального, центрального, базального, латерального и добавочных - базального и коркового. Выявлено, что центральное и медиальное ядра миндалины вместе со вставочными паракапсулярными островками относятся к стриатуму (полосатое тело), в то время как базальное, латеральное, добавочное базальное и кортикальные ядра - к коре большого мозга.

В соответствии с характером приходящих нервных волокон стриарная миндалина является ГАМКергической, в то время как корковая - глутаматергической. Отмечено, что эмоционально значимая информация, поступающая из окружающей среды, проходит через таламус и кору, достигает базолатерального комплекса, где подвергается переработке и направляется в центральное ядро для того, чтобы выработать адекватный ответ. ГАМКергическая и глутаматергическая системы отвечают соответственно за основное тормозящее и возбуждающее действие ЦНС млекопитающих. Их роль в формировании страха и тревоги является объектом интенсивного изучения уже многие годы. При этом доказано участие в формировании тревожного аффекта определенных моноаминовых нейромедиаторных систем (норадренергическая, серотонинергическая), в то время как роль дофаминовой системы или системы нейропептидов в механизмах ангиогенеза изучена меньше и требует дальнейших исследований.

Так при паническом расстройстве в патологический процесс вовлекаются ядра голубоватого пятна, а также сопряженные с ним центры ствола мозга и гипоталамуса, которые отвечают за вегетативную и нейрогуморальную регуляцию. Кроме того, считается, что при этом расстройстве определенную роль играет гиппокамп, парагиппокампальная область, миндалина и, что особенно важно, островковая, передняя поясная и префронтальная кора. По всей видимости нарушение взаимодействия этих отделов мозга создает условия для возникновения характерных для ПР когнитивных дисфункций и состояний измененного сознания.

При ГТР рядом исследователей постулируется наличие анатомических нарушений, локализующихся в миндалине и височной коре, в частности, верхней височной извилине. Наряду с этим отмечается вовлечение в патологический процесс префронтальной коры, в частности, ее вентролатеральных и дорсолатеральных отделов. Кроме того, при ГТР отмечают нарушения в передней поясной извилине и задней теменной областях. В качестве

ключевого механизма ГТР, ответственного за возникновение беспокойства и тревожных опасений, рассматривается нарушение связей между префронтальной, лимбической и поясной областями мозга. Помимо этого, в генезе ГТР немаловажную роль играет функциональная активность миндалевидного комплекса, а также его связи между нейронными сетями и функциональными состояниями мозга, отвечающими за когнитивные и эмоциональные процессы.

ГТР остается наименее изученным из всех тревожных расстройств из-за высокой коморбидности с другими расстройствами настроения. В настоящее время получены 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.

Нормальная и патологическая тревога

Тревога – важнейший психологический феномен, который представляет собой эмоциональное переживание, характеризующееся дискомфортом от неопределенности перспективы. Она имеет несколько основных компонентов: эмоциональный, когнитивный, двигательный, вегетативно-соматический, нейрогуморальный и иммунный.

Эмоциональный компонент включает субъективное переживание внутреннего напряжения, неприятные предчувствия, сомнения и страхи. Когнитивный компонент выражается в активизации внимания, с оценкой ситуации и построением прогноза. Третий компонент тревоги связан с повышением мышечного тонуса, моторным возбуждением или блокадой двигательной активности. Вегетативно-соматические изменения выражаются в разнообразной перестройке деятельности многих органов и систем организма, находящихся под контролем симпатической и парасимпатической системы.

Гормональные компоненты тревоги сопряжены с повышением уровня АКТГ, кортизола и изменением уровня окситоцина и целого ряда других гормонов. Что же касается иммунного компонента, то он связан прежде всего с уровнем провоспалительных цитокинов, микробиоты кишечника и других факторов иммунитета. Важнейшая физиологическая функция тревоги заключается в мобилизации ресурсов организма, обеспечивающих поведение в экстремальных ситуациях. Однако при патологических состояниях тревога превращается в один из важнейших источников дезадаптации.

Нормальная (физиологическая) тревога связана с угрожающей ситуацией, усиливается адекватно ей в условиях субъективной значимости выбора, при недостаточности информации, в условиях дефицита времени. Она обусловлена внешними факторами. У здорового человека чувство тревоги является временным ощущением. Ее длительность зависит от продолжительности травмирующей ситуации.

Патологическая тревога - беспочвенное неопределенное волнение, предчувствие опасности, грозящей катастрофы с ощущением внутреннего напряжения, боязливого ожидания, не связана с реальной угрозой и может осознаваться, как беспредметное беспокойство. Усиливается неадекватно ситуации. Обусловлена внутренними причинами, хотя может провоцироваться и внешними обстоятельствами. Имеет конкретные клинические проявления. Может сочетаться с двигательным беспокойством, вегетативными реакциями. Такая тревога длительна во времени (более 4 недель). Таким образом, в отличие от нормальной патологическая тревога всегда более продолжительна и выражена, приводит к подавлению (истощению), а не усилению адаптационных возможностей организма.

Этиология и патогенез

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.

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.

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.

Критерии диагностики ГТР в МКБ 10

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

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

Б. Должны присутствовать по меньшей мере четыре симптома из следующего списка, причем один из них из перечня 1-4: 1) усиленное или учащенное сердцебиение; 2) потливость 3) тремор или дрожь; 4) сухость во рту (но не от лекарств или дегидратации);

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

Симптомы, относящиеся к психическому состоянию: 9) чувство головокружения, неустойчивости или обморочности; 10) чувства, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «по настоящему находится не здесь»; 11) страх потери контроля, сумасшествия 12) страх умереть;

Общие симптомы: 13) приливы жара или ознобы; 14) онемение или ощущение покалывания; Симптомы напряжения: 15) мышечное напряжение или боли; 16) беспокойство и неспособность к релаксации; 17) чувство нервозности, взвинченности («на взводе») или психического напряжения; 18) ощущение кома в горле или затруднения при глотании;

Другие неспецифические симптомы: 19) усиленное реагирование на небольшие неожиданности или на испуг; 20) затруднения в сосредоточении внимания или «пустота в голове» из-за тревоги или беспокойства; 21) постоянная раздражительность; 22) затруднение при засыпании из-за беспокойства.

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

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

Пациентам с генерализованной тревогой рекомендуется использование психометрических шкал и симптоматических опросников для оценки уровня тревоги и ее динамики: The Hamilton Anxiety Rating Scale – Шкала тревоги Гамильтона (HARS). Для оценки выраженности клинических проявлений могут применяться Symptom Check List-90-Revised – Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), Интегративный тест тревожности (ИТТ); State-Trait Anxiety Inventory – Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI); The Beck Anxiety Inventory –Шкала тревоги Бека (BAI); Sheehan Anxiety Scale – Шкала тревоги Шихана (ShARS).

Генерализованное тревожное расстройство следует дифференцировать с другими психическими, соматическими, эндокринными, метаболическими, неврологическими заболеваниями. При установлении диагноза следует иметь в виду возможность сочетания с другими тревожными расстройствами: паническим расстройством, фобиями, обсессивно-компульсивным и посттравматическим стрессовым расстройствами. Диагноз

генерализованного тревожного расстройства ставится при обнаружении полного набора симптомов в отсутствие сопутствующих тревожных или фобических расстройств.

Поскольку у больных с генерализованным тревожным расстройством нередко развивается депрессия, эти состояния также необходимо правильно разграничить. В отличие от депрессии, при генерализованном тревожном расстройстве тревога и беспокойства не связаны с аффективными нарушениями. Исследование женщин-близнецов показало, генерализованное тревожное расстройство и депрессия имеют общую генетическую основу, которая проявляется тем или другим расстройством под влиянием внешних факторов.

Клиническая картина

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 тонусе (и быть причиной более различной локализации), головной боли (обычно билатеральной и часто в лобной и затылочной областях), ноющих мышечных болях, ригидности мышц, особенно мышц спины и плечевой области.

3. Гиперактивность вегетативной нервной системы, которая выражается повышенным потоотделением, тахикардией, сухостью во рту, дискомфортом в эпигастрии и головокружением и другими симптомами вегетативного возбуждения.

Характерные проявления при ГТР

Психопатологические проявления	первичная тревога, проявляющаяся в виде: <ul style="list-style-type: none">- постоянной напряженности,- опасений, настороженности (гипервигилитета),- тревожных руминаций (ожидания "плохого"),- нервозности,- неадекватного беспокойства- озабоченности по разным причинам (например, по поводу возможных опозданий, качества выполненной работы, соматического недомогания, боязнь несчастного случая или болезни, безопасности детей, финансовых проблем и т.д.)- чувство головокружения, неустойчивости или обморочности,- чувство, что предметы нереальны (дереализация) или, что собственное Я отделилось или "понастоящему находится не здесь"- страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти- страх умереть
--------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> - усиленные проявления на неожиданности или на испуг - затруднение сосредоточения внимания или "пустота" в голове из-за беспокойства - постоянная раздражительность
<p>Вегетативные симптомы:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - сухость во рту, затруднение при глотании, дискомфорт в эпигастрии, метеоризм, абдоминальный дистресс, диарея, тошнота - ощущение сжатия, боль и дискомфорт в груди, диспноэ, затрудненность вдоха (в противоположность затрудненности выдоха при астме), чувство удушья и последствия гипервентиляции - ощущение дискомфорта в области сердца, сердцебиение, ощущение перебоев в области сердца, пульсации шейных сосудов - учащенное мочеиспускание, нарушения эрекции, диспареуния, снижение либидо, менструальные нарушения, временная аменорея - чувство пошатывания, ощущение нечеткости зрения, головокружение и парестезии, потливость, тремор или дрожь, приливы жара и ознобы, онемение или ощущение покалывания
желудочно-кишечные	
дыхательные	
сердечно-сосудистые	
урогенитальные	
нервная система	
Нарушения сна	<ul style="list-style-type: none"> - затруднения при засыпании из-за беспокойства - ощущение беспокойства при пробуждении. - прерывистый или поверхностный сон - сон с неприятными сновидениями. - сон с кошмарными сновидениями, нередко - пробуждения в тревоге - отсутствие чувства отдыха утром

Факторы, свидетельствующие о более благоприятном прогнозе: позднее начало расстройства; незначительную 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. Наиболее часто встречается коморбидность со следующими психическими расстройствами: эндогенная депрессия, рекуррентное депрессивное расстройство; биполярное аффективное расстройство; дистимия; алкогольная зависимость; простые фобии; социофобия; обсессивно-компульсивное расстройство; наркотическая зависимость, зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) психопатологически недифференцированный синдром хронической усталости; астенические нарушения.

Имеется высокая распространенность некоторых соматических заболеваний у пациентов с тревожными расстройствами: сердечно-сосудистые заболевания; желудочно-кишечные заболевания; респираторные расстройства; мигрень; аллергические заболевания; метаболическая патология; боли в спине.

В качестве основной терапевтической стратегии пациентам с ГТР 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 психофармакотерапии и психотерапии. Выбор стратегии терапии и соотношение психофармакотерапии и психотерапии зависят от проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, установок и ожидания пациента, актуальных ресурсов и организационных возможностей и должен гибко оцениваться с учетом персонализированного подхода в каждом конкретном случае. Имеются показания и противопоказания как для психофармакологического, так и для психотерапевтического лечения. Они преимущественно связаны с состоянием пациента, побочными эффектами и организационными условиями.

Психофармакотерапия

Терапия первой линии.

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 прегалин (150-600 мг/сут) с целью снижения интенсивности тревоги и стабилизации настроения. Рекомендованная длительность терапии составляет 6-12 месяцев.

Для купирования сомато-вегетативных проявлений тревоги возможно назначение комбинированной терапии с использованием алимемазина, хлорпротиксена, сульпирида.

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.

Терапия второй линии.

При неэффективности терапии первой линии (см. выше) используется терапия второй линии – возможно повышение дозы антидепрессанта до максимальной терапевтической, смена антидепрессанта на другой из списка препаратов первой линии, неиспользованный в первом курсе терапии или присоединение бензодиазепинов на более длительный период. К препаратам второй линии относятся бупирон, гидроксизин, атипичные нейролептики. При резистентных состояниях рекомендовано комбинирование различных антидепрессантов с прегалином, бупироном или атипичными антипсихотиками.

В случае отсутствия терапевтического эффекта на фоне терапии СИОЗСН, СИОЗС и прегалином, рекомендуется смена лекарственной терапии на имипрамин 25-200 мг/сут или кломипрамин 50-200 мг/сут.

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

Пациентам с ГТР рекомендуется применение небензодиазепиновых анксиолитиков – гидроксизина 25-100 мг/сут, буспирона 15-60 мг/сут, трициклического антидепрессанта – тразодона 150-450 мг/сут, милнаципра 50-100 мг/сут, агониста мелатонинергических рецепторов и антагониста серотониновых рецепторов – агомелатина 25-50 мг/сут, тетрациклического антидепрессанта миртазапина 15-60 мг/сут, противоэпилептического препарата - габапентина 600-3600 мг/сут с целью купирования клинической симптоматики тревоги.

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 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.

Когнитивная модель генерализованного тревожного расстройства: В мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности, то есть он предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи, для его имущества и для других ценностей. Тревожные индивиды испытывают трудность в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, которые уменьшают угрозу опасности. Для лечения ГТР могут использоваться следующие техники в рамках КПТ.

1. Когнитивное реструктурирование. Проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций. 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. Также могут быть использованы и другие техники КПТ.

Выводы

Таким образом, можно сделать вывод, что генерализованное тревожное расстройство является серьезной проблемой. ГТР часто сочетается с другими психическими и соматическими заболеваниями, такими как депрессия,

ГТР развивается вследствие личностных особенностей, социальных факторов, а также генетических и физиологических факторов.

В клинической картине ГТР выделяют следующую симптоматику:

1. Беспокойство и опасения, которые пациенту трудно контролировать и которые длятся больше, чем обычно.
2. Мышечное напряжение, которое может выражаться в треморе, неспособности расслабиться, повышенном мышечном тонусе, головной боли, 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.

Согласно МКБ-10, симптомы тревоги должны возникать на протяжении как минимум 6 месяцев, не поддаваться сознательному контролю, то есть ее невозможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями, при этом интенсивность тревожных переживаний должна быть несоразмерна актуальной жизненной ситуации пациента.

В качестве основной терапевтической стратегии пациентам с ГТР рекомендована комбинация психофармакотерапии (СИОЗС, анксиолитики, нейрорептики) и психотерапии (когнитивно-поведенческая терапия).

Литература

- 1) Психиатрия : национальное руководство : краткое издание / гл. ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 768 с.
- 2) Клинические рекомендации "Генерализованное тревожное расстройство" – российское общество психиатров; 2023.
- 3) Психотерапия: учебник / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 864 с.
- 4) Принципы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (панического, генерализованного тревожного и тревожно-фобических расстройств): методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Т.А. Караваева, А.В. Васильева, С.В. Полтораки, Е.Б. Мизинова. – СПб.: / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020. – 30 с.
- 5) Есин Р.Г., Хайбуллина Д.Х. Соматические маски тревожного расстройства и возможности терапии. Медицинский совет. 2022;16 (23):102–109.
- 6) Григорова О.В., Ахапкин Р.В., Александровский Ю.А. Современные представления о патогенетической терапии тревожных расстройств. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;
- 7) Левин О.С. Генерализованное тревожное расстройство: диагностика, коморбидность и лечение // СТПН. 2016. №2.
- 8) Бобров Алексей Евгеньевич, Усатенко Елена Валерьевна. Концепция тревожных расстройств: основные тенденции развития // Социальная и клиническая психиатрия. 2021. №4.
- 9) Аронов П.В., Бельская Г.Н., Никифоров И.А. Клинический опыт ведения пациентов с тревожным расстройством // РМЖ. 2023. №3.
- 10) Павлинич Сергей Николаевич Опыт комбинированной терапии клинически выраженного смешанного тревожно-депрессивного расстройства // Медицинская психология в России. 2019. №1