

# Генерализованное тревожное расстройство: основы диагностики, терапии и специфические для России проблемы

Современная терапия психических расстройств. —  
2024. — № 2. — С. 23–31.  
DOI: 10.21265/PSYPH.2024.31.31.003

Е.Г. Костюкова

Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

## РЕЗЮМЕ

Настоящая статья представляет собой нарративный обзор литературы, цель которого — анализ проблем выявления и диагностики генерализованного тревожного расстройства (ГТР) в России.

**Актуальность.** ГТР — заболевание, относящееся к пограничным психическим расстройствам. При этом оно носит хронический характер и в отсутствие адекватной терапии приводит к частому присоединению коморбидных расстройств и выраженной дезадаптации пациента, а также к высокому риску суицидальных попыток.

**Метод.** Поиск осуществлялся в сети Интернет по следующим ключевым словам: *генерализованное тревожное расстройство, диагностика, распространенность, критерии DSM, критерии МКБ.*

**Выводы.** В России отсутствуют данные о распространенности ГТР. Согласно имеющимся данным о заболеваемости по всей группе тревожных расстройств, в России уровень заболеваемости существенно ниже, чем в других странах мира. Из всего спектра тревожных расстройств именно ГТР является наименее понятным для отечественных клиницистов. Пациенты с ГТР часто получают ошибочные диагнозы аффективных расстройств, невротической шизофрении, расстройств личности. Несвоевременная диагностика и отсутствие адекватной терапии приводят к выраженной социальной дезадаптации пациентов, страдающих ГТР. Для решения этих проблем требуются широкомасштабные организационные и образовательные мероприятия, обеспечивающие возможности для своевременной диагностики ГТР.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** генерализованное тревожное расстройство, диагностика, распространенность, критерии DSM, критерии МКБ

**КОНТАКТЫ:** Костюкова Елена Григорьевна, ekostukova@gmail.com, ORCID: 0000-0002-9830-1412

**КАК ЦИТИРОВАТЬ ЭТУ СТАТЬЮ:** Костюкова Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство: основы диагностики, терапии и специфические для России проблемы // Современная терапия психических расстройств. — 2024. — № 2. — С. 23–31. — DOI: 10.21265/PSYPH.2024.31.31.003

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ:** статья подготовлена при спонсорской поддержке АО «Сервье».

## Generalized Anxiety Disorder: Basics of Diagnosis, Therapy and Problems Specific to Russia

E.G. Kostyukova

Moscow Research Institute of Psychiatry — branch of the M.P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

## SUMMARY

This article is a literature review aimed at analyzing the problems of detection and diagnosis of generalized anxiety disorder (GAD) in Russia.

**Relevance.** GAD is a disease related to borderline disorders in psychiatry. At the same time, it is chronic and, in the absence of adequate therapy, leads to frequent addition of comorbid disorders, pronounced maladaptation and disability of the patient, as well as a high risk of suicidal attempts.

**Method.** the search was carried out on the Internet using the following keywords: *generalized anxiety disorder, diagnosis, prevalence in the world, prevalence in Russia, DSM criteria, ICD criteria.*

**Conclusions.** There is no data on the prevalence of GAD in Russia. The available data on the incidence of the entire group of anxiety disorders in Russia is significantly lower than in other countries of the world. Of the entire spectrum of anxiety disorders, GAD is the least understandable for domestic clinicians. Patients with GAD often receive erroneous diagnoses of affective disorders, neurosis-like schizophrenia, and personality disorders. Untimely diagnosis and lack of adequate therapy lead to pronounced social maladaptation of patients suffering from GAD. To solve these problems, large-scale organizational and educational measures are required to provide opportunities for timely diagnosis of GAD.

**KEYWORDS:** generalized anxiety disorder, diagnosis, prevalence in the world, prevalence in Russia, DSM criteria, ICD criteria

**CONTACTS:** Kostyukova Elena Grigorievna, ekostukova@gmail.com, ORCID: 0000-0002-9830-1412

**CITATION:** Kostyukova E.G. Generalized Anxiety Disorder: Basics of Diagnosis, Therapy and Problems Specific to Russia // Sovrem. ter. psih. rasstrojstv [Current Therapy of Mental Disorders]. — 2024. — No. 2. — Pp. 23–31. — DOI: 10.21265/PSYPH.2024.31.31.003 [in Russian].

**CONFLICT OF INTEREST:** the article was prepared under the sponsorship of “Servier”.

## Введение

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) относится к пограничным психическим расстройствам. В то же время оно является хроническим заболеванием и в отсутствие адекватной терапии приводит к частому присоединению коморбидных расстройств и выраженной дезадаптации пациента [1–3], а также сопровождается высоким риском суицидальных попыток [4]. Распространенность ГТР в популяции оценивается зарубежными исследователями как 5 % взрослого мирового населения [5–9]. В России данные о распространенности ГТР отсутствуют, а имеющиеся показатели касаются распространенности всей группы тревожных расстройств в целом. Они представляются крайне низкими по сравнению с существующими показателями для других стран [10]. Это определяет актуальность анализа современных подходов к диагностике ГТР и специфических для России проблем выявления этого заболевания.

## Методы

С целью проведения такого анализа был осуществлен поиск публикаций в сети Интернет по следующим ключевым словам: *генерализованное тревожное расстройство, диагностика, распространенность, критерии DSM, критерии МКБ (generalized anxiety disorder, diagnosis, prevalence, DSM criteria, ICD criteria)*. С учетом того что определение критериев диагностики ГТР имеет длительную историю, временные ограничения при поиске публикаций не вводились. В свободном доступе первоначально было найдено 690 статей, соответствующих критериям отбора. Из них 570 были отвергнуты, поскольку они касались частных вопросов (подростковый или поздний возраст, соматическая коморбидность с отдельными заболеваниями и т. п.). Были проанализированы 120 публикаций, наиболее точно удовлетворявших целям и задачам настоящей статьи.

## Результаты

В соответствии с современными критериями диагностики, основным проявлением ГТР является диффузная (генерализованная, «свободно плавающая») тревога средней или слабой интенсивности, для которой характерно неопределенное беспокойство, постоянное во времени, сохраняющееся не менее 6 месяцев [11]. Это беспокойство не фокусируется на специфических проблемах, таких как возможность развития приступа паники (как при паническом расстройстве), страха оказаться в затруднительном положении (как при социальной фобии) или страха загрязнения (как при обсессивно-компульсивном расстройстве) [11]. Оно часто сопровождается соматическими симптомами, включая беспокойство, усталость, трудности концентрации внимания, раздражительность, мышечное напряжение и нарушения сна. Также характерны явления гиперактивности вегетативной нервной системы, которые могут проявляться повышенным потоотделением, тахикар-

дией, сухостью во рту, дискомфортом в эпигастрии, головокружением и другими симптомами вегетативного возбуждения [12–14]. Для постановки диагноза ГТР эти симптомы должны вызывать клинически значимый дистресс и/или нарушения социальной адаптации [11, 15, 16].

До 1980 г. симптомы генерализованной тревоги описывались в рамках таких диагностических категорий, как пантофобия [17, 18], тревожный невроз [19] или неврастения [20]. В рамках этих дефиниций не разделялись пароксизмальные проявления тревоги (панические атаки) и тревожные состояния, наблюдавшиеся вне панической атаки.

Генерализованное тревожное расстройство появилось в качестве диагностической категории в третьем издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-III) [21] в 1980 г., когда невроз тревоги был разделен на ГТР и паническое расстройство. Одной из причин этого разделения были различные реакции этих двух расстройств на терапию имипраминем. Такой подход был назван фармакологическим разделением [22]. Действительно, двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, проведенное Klein, показало, что у пациентов, получавших имипрамин, было меньше приступов паники, даже если уровень тревоги ожидания у них оставался высоким [23, 24]. Однако более поздние исследования опровергли утверждение о том, что ГТР в отличие от панического расстройства не отвечает на терапию антидепрессантами [25], и доказали, что антидепрессанты обладают высокой эффективностью при лечении ГТР [26–29 и др.].

В психиатрии нет другой диагностической категории, которая подвергалась бы таким многочисленным пересмотрам, как это было с диагнозом ГТР. Обоснованность ГТР как независимой категории подвергалась сомнениям начиная с разработки DSM-III и вплоть до подготовки DSM-V. Они были вызваны трудностью установления четких границ между ГТР и личностными чертами, другими расстройствами тревожного спектра и депрессией [18]. При формировании критериев ГТР для DSM-V широко обсуждалась частая коморбидность ГТР и депрессивных расстройств. Она объяснялась разными способами, включая генетическую плейотропию [30], которая означает, что ГТР и депрессия могут представлять собой различные фенотипические проявления общей этиологии. Однако эти теоретические воззрения были опровергнуты результатами эпидемиологических исследований, показавших различия в факторах риска развития ГТР и депрессии [24, 31 и др.].

В DSM-III ГТР считалось остаточной категорией [21]. Это означало, что врач мог поставить диагноз только в том случае, если пациент не соответствовал критериям какого-либо другого тревожного расстройства [21]. В DSM-III-R диагностические критерии были существенно пересмотрены, ГТР стал независимой категорией, а беспокойство по поводу ряда жизненных обстоятельств начало выделяться в качестве его специфического симптома. Таким образом, когнитивная составляющая тревоги стала основным критерием ГТР.

Согласно определению ГТР в DSM-IV, которое сохранилось и в DSM-IV-TR, требовалось, чтобы основное проявление заболевания — беспокойство — было «чрезмерным, трудноконтролируемым и сопровождалось тремя из шести сопутствующих симптомов» (беспокойство или чувство взвинченности, быстрая утомляемость, трудности концентрации внимания, раздражительность, мышечное напряжение, нарушения сна — трудности засыпания или удержания сна, беспокойный, не приносящий удовлетворения сон) [32]. Пересмотр определения ГТР привел к повышению надежности диагностики [33]. В ряде исследований, проведенных с использованием диагностических критериев DSM-IV, показано, что ГТР даже при отсутствии сопутствующих заболеваний вызывало значительные функциональные нарушения [1–3].

Версия DSM-V не сильно отличалась от DSM-IV [34]. В ней основной характеристикой ГТР по-прежнему оставалось «чрезмерное беспокойство, возникающее чаще всего в течение как минимум 6 месяцев, по поводу ряда событий или активностей (таких как успеваемость на работе или в школе, семья, финансы, работа...), трудно поддающееся контролю и сопровождающееся минимум тремя симптомами из шести, указанных в DSM-IV. В DSM-V ГТР является исключительным диагнозом [34], т. е. оно не может быть диагностировано, если имеющаяся у пациента симптоматика «связана с физиологическим воздействием какого-либо вещества (например, наркотика или лекарственного препарата), другим заболеванием (например, гипертиреозом)» либо «другим психическим расстройством (например, тревогой или беспокойством по поводу панических атак при паническом расстройстве, негативной оценкой при социальном тревожном расстройстве (социофобии), заражением или другими навязчивыми идеями при обсессивно-компульсивном расстройстве, разлукой с близкими людьми при тревожном сепарационном расстройстве, воспоминаниями о психотравмирующем событии при посттравматическом стрессовом расстройстве, увеличением веса при нервной анорексии, физическими жалобами при соматизированном расстройстве, переживаниями о мнимых недостатках внешности при дисморфическом расстройстве, наличием тяжелого заболевания при тревожном расстройстве, связанном с ним, или содержанием бредовых переживаний при шизофрении или бредовом расстройстве)».

В МКБ-10 [16] диагноз ГТР (F41.1) включает невроз тревоги, тревожную реакцию и тревожное состояние, но исключает неврастению. Для установления диагноза ГТР по МКБ-10 необходимо наличие у пациента «в течение как минимум шести месяцев выраженной нефабулируемой тревоги, внутреннего напряжения, гипервигилиитета, тревожных руминаций, негативных ожиданий, связанных с будущим», а также не менее четырех симптомов, отражающих вегетативную активацию. Для выбора этих четырех признаков представлен перечень из 22 пунктов, включающий практически все возможные симптомы вегетативной активации. Для установления диагноза ГТР симптоматика не должна отвечать критериям панического расстройства

(F41.0), тревожно-фобических расстройств (F40.-), обсессивно-компульсивного расстройства (F42.-) или ипохондрического расстройства (F45.2). Также должны быть исключены такие соматические заболевания, как гипертиреозидизм, органическое психическое расстройство (F00–F09) или употребление психоактивных веществ (F10–F19) либо отмена производных бензодиазепина.

В МКБ-11 [35] ГТР будет включено в категорию «расстройств, связанных с тревогой и страхом». В этой категории отдельно выделяют «обсессивно-компульсивное или связанные с ним расстройства» и «расстройства, непосредственно связанные со стрессом». В проекте МКБ-11 в критерии ГТР в качестве главной характеристики добавлено «беспокойство по поводу множества областей повседневной жизни» [35]. Теперь ГТР может сосуществовать с другими психическими расстройствами и расстройствами поведения.

По данным зарубежных авторов, распространенность ГТР в общей популяции в течение жизни в среднем составляет около 5 % взрослого населения [5–9]. Распространенность текущего ГТР определена как 2–3 % [7–9].

Показатели распространенности этого заболевания варьируются в разных странах. На Западе она оказалась выше, чем в других странах и культурах [36]. Так, в Канаде распространенность ГТР на протяжении жизни составила 8,7 %, а на протяжении 12 месяцев — 2,6 % [37], в европейских странах на протяжении жизни и за 12 месяцев она оценивается как 4,3–5,9 % и 1,2–1,9 % соответственно [12]. Различия имеются даже между странами западной, центральной и восточной Европы [38]. Исследования, проведенные в азиатских странах, показали, что распространенность ГТР на протяжении жизни в Японии составила 1,6 % [39], в Южной Корее — 1,9 % [40], в Сингапуре — 0,9 % [41], а 12-месячная — 0,6, 1,0 и 0,4 % соответственно. Эти результаты могут отражать как истинные различия в распространенности ГТР, так и иные причины, которые требуют изучения. Таковыми могут быть и культуральные особенности проявления тревоги, и разные возможности выявления этого заболевания или подходы к диагностике.

В России данные о распространенности ГТР практически полностью отсутствуют. Федеральная служба государственной статистики не предоставляет сведений о распространенности ГТР. Имеются данные Минздрава за 2019 год, в которых в только общем виде оценивается распространенность всей группы невротических, стрессовых и соматоформных расстройств. По этим данным она оценивается всего лишь как 0,27 % населения [42]. Эти показатели представляются крайне низкими по сравнению с данными других стран [10]. Так, метаанализ эпидемиологических исследований, проведенных за последние 30 лет по всему миру, показал, что средняя распространенность тревожных расстройств за 12 месяцев и на протяжении жизни составляет 6,2 и 12,9 % соответственно [10, 43]. В Европе их 12-месячная распространенность выше распространенности всех других категорий психических расстройств, включая аффективные расстройства и аддикции [44].

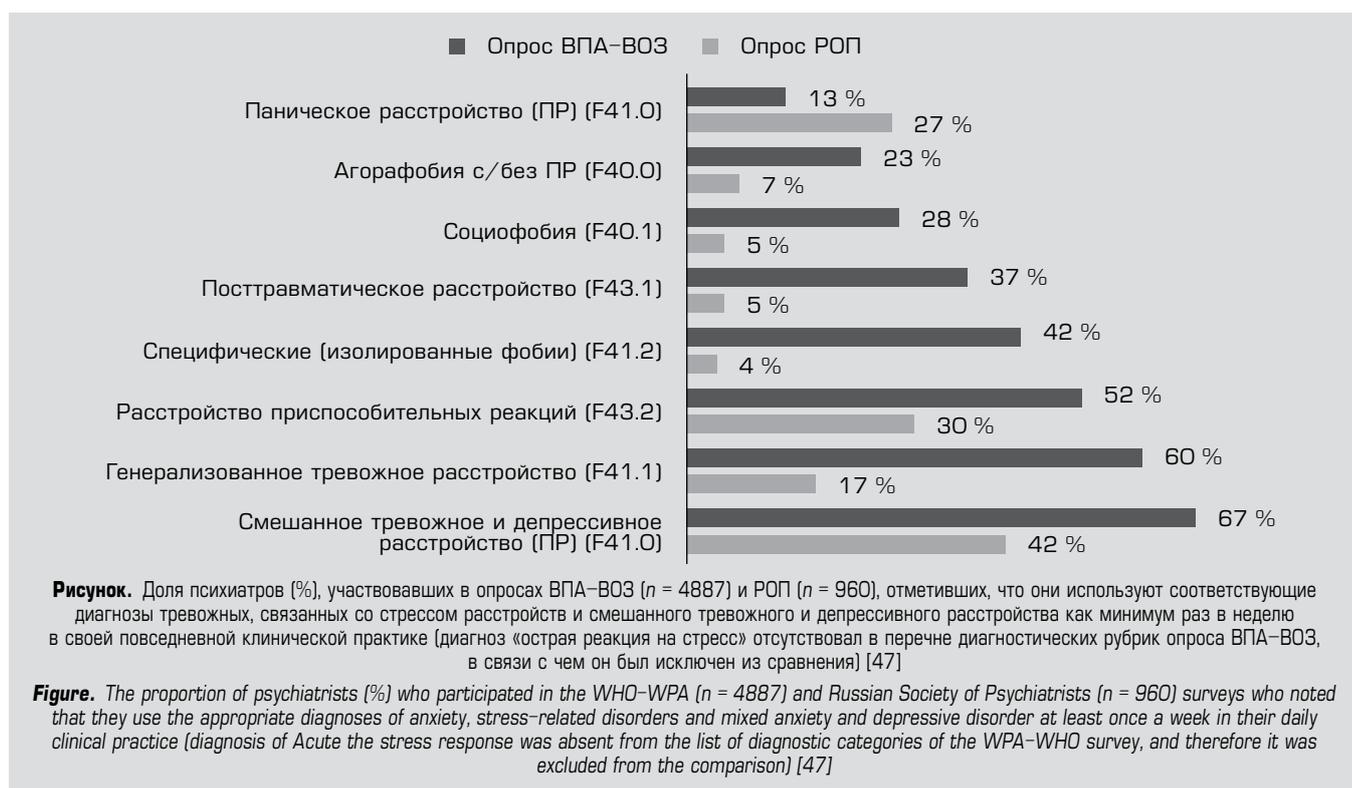
Существуют лишь единичные российские исследования, касающиеся распространенности ГТР в России. Так, по данным А.А. Чуркина, критериям диагностики ГТР (МКБ-10, 1994) в 2010 г. соответствовало психическое состояние 6,1 % жителей крупного промышленного города [45, 46]. Вместе с тем зарегистрированных психиатрической службой РФ больных ГТР за исследуемый период оказалось крайне мало: по усредненным данным амбулаторных подразделений психиатрических служб четырех территорий нашей страны, его распространенность составляла 3,5 на 100 тыс. населения (0,035 %), при этом 99,0 % из них получали лишь консультативную помощь [45].

Результаты опроса, проведенного на сайте Российского общества психиатров (РОП) [47], и сопоставление их с результатами аналогичного опроса, проведенного совместно Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) [48], показали, что российские психиатры реже, чем зарубежные коллеги, диагностируют тревожные расстройства (см. рисунок). В опросе ВПА–ВОЗ доля психиатров, которые в своей повседневной деятельности диагностируют тревожные расстройства, была почти в 3 раза больше доли таких психиатров в опросе РОП [47]. И в России, и за рубежом врачи чаще всего ставили диагноз смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2) [47]. Наибольшие различия касались частоты установления диагноза ГТР (F41.1). Он был вторым по частоте диагнозом в опросе ВПА–ВОЗ [48] и четвертым в опросе РОП [47]. Диагноз ГТР в своей практике использовали только 17 % опрошенных российских психиатров, что существенно ниже по сравнению с зарубежными (60 %). Различия двух опросов по этому показателю оказались наибольши-

ми в сравнении с различиями для других тревожных расстройств [47] (см. рисунок).

Важно отметить, что 84 % опрошенных практикующих врачей выявляли значительную распространенность хронической тревоги при различных психических расстройствах. Однако они никогда не выставляли двойные диагнозы [10, 47]. Кроме того, 15 % врачей-психиатров ни разу не диагностировали ГТР на протяжении предшествовавшего опросу года, а 84 % из них вообще никогда не встречали пациентов, симптоматика которых, по их мнению, удовлетворяла бы критериям диагностики ГТР [10, 47]. Половина из этих врачей работали в психиатрических стационарах [10, 47]. Остальные (16 %) не ставили диагноз ГТР, поскольку «недостаточно знакомы с его диагностическими критериями» либо предпочитают ставить пациентам, удовлетворяющим критериям ГТР, иные диагнозы, считая, что ГТР «не является нозологией» [10, 47]. Психотерапевты в 2 раза чаще, чем психиатры, ставят диагнозы из рубрик тревожных, связанных со стрессом расстройств, смешанного тревожного и депрессивного расстройства, тревожных и связанных со страхом расстройств [10, 47]. Среди психиатров эти расстройства чаще диагностировали те, кто работал в многопрофильных стационарах, психосоматических отделениях, поликлиниках, частных коммерческих медицинских центрах [10, 47]. Реже всего эти расстройства диагностировали врачи государственных психиатрических больниц и дневных стационаров [10, 47].

Результаты опроса иллюстрируют ранее известный факт, что из всего спектра тревожных расстройств именно ГТР является наименее понятным диагнозом для отечественных клиницистов. Возможно, это связано с тем, что тревога наблюдается практически при любых психических расстройствах



и симптоматика ГТР воспринимается врачами прежде всего как синдром, который может развиваться в рамках различных нозологических координат: неврозов, психогенных реакций, декомпенсаций акцентуаций характера, психопатий тревожно-мнительного типа, аффективных психозов, неврозоподобной шизофрении и др. [49]. Пациенты с ГТР часто получают ошибочные диагнозы аффективных расстройств, неврозоподобной шизофрении, расстройств личности и пр. [28]. Возможно, это связано также с тем, что больные с «чистым» ГТР редко попадают в поле зрения психиатра.

При ГТР соматический компонент тревоги имеет значительный удельный вес и часто фактически определяет состояние пациента. В связи с этим на первом этапе заболевания пациенты, как правило, обращаются за помощью к врачам непсихиатрического профиля, чаще всего предьявляя оториноларингологические, сердечно-сосудистые и ревматологические жалобы или жалобы на нарушения сна [10, 50–54]. Они не признают наличия у себя каких-либо психологических проблем и отрицают связь имеющихся у них симптомов с патологией психической сферы [55, 56]. Такие пациенты длительно и часто безуспешно наблюдаются у врачей непсихиатрического профиля, проходя многочисленные обследования, которые не выявляют нарушений. В тех случаях, когда терапевт выявляет ГТР, он в силу существующих на законодательном уровне правил не может устанавливать психиатрический диагноз и назначать соответствующую терапию. При этом направление такого пациента к психиатру чаще всего оказывается безуспешным. Пациенты с тревожными расстройствами часто отказываются от помощи психиатра в силу стигматизации этой области медицины, страха оказаться на «психиатрическом учете» либо вследствие непонимания и неприятия связи имеющихся соматических симптомов с психической патологией. Такие пациенты годами остаются без адекватной помощи, что приводит к утяжелению их состояния, присоединению коморбидных расстройств, снижению качества их жизни и трудоспособности, развитию психосоматических заболеваний, неблагоприятной динамике имеющихся соматических болезней [57, 58]. Все это влечет за собой не только значительный ущерб для пациента и его окружения, но и существенные экономические затраты для здравоохранения и общества в целом [59] за счет утраты трудоспособности и массивного использования медицинских ресурсов [57, 60, 61]. Ухудшение качества жизни, обусловленное ГТР, сопоставимо с таковым по выраженности дисфункции при депрессии [57].

Пациенты, страдающие ГТР, чаще обращаются к психиатру тогда, когда у них имеются те или иные коморбидные расстройства, затрудняющие диагностику основного заболевания [62]. По данным различных исследований, более чем у 90 % больных ГТР наблюдается хотя бы одно коморбидное расстройство (диапазон 45–91 %) [63–68]. Наиболее частым из них является депрессия [62, 69], которая в течение пяти лет развивается более чем у 30 % больных ГТР, а у 21 % больных ГТР наблюдаются три и более коморбидных расстройств. Очень характерна для ГТР коморбидность с другими тревожными расстройствами [70]. Коморбидные панические атаки наблюда-

ются у 56 % больных ГТР, обсессивно-компульсивные расстройства — у 35 % [65, 70].

Одной из существенных причин недостаточной диагностики ГТР в России являлось отсутствие до последнего времени официально утвержденного алгоритма диагностики этого заболевания. В настоящий момент такой алгоритм сформулирован в клинических рекомендациях по диагностике и терапии ГТР, утвержденных Минздравом России [11].

Внедрение в практику официально утвержденных алгоритмов ГТР и других тревожных расстройств поможет устранить разногласия, существующие в среде врачей-психиатров, выявленные в процессе опроса РОП [47]. Большинство из них (61 %) считают выделение самостоятельных диагнозов различных тревожных расстройств условным, хотя и признают практическую пользу такого выделения, только 26 % врачей определяют каждое из тревожных расстройств как самостоятельное заболевание, имеющее собственные особенности патогенеза, клиники и течения, а 9 % полностью отрицают правомерность выделения самостоятельных диагностических категорий в этой группе и предпочли бы оставить в классификации лишь один диагноз (например, «невроз тревоги») [10, 47].

Еще одной специфической для России проблемой является установление пациентами с ГТР или другим тревожным расстройством диагноза шизотипического расстройства или шизофрении. В нашей собственной практике имеется множество наблюдений, когда пациенты, страдающие тревожным расстройством, по назначению врача-психиатра получают антипсихотики в связи с установленным им диагнозом вялотекущей шизофрении. В МКБ-10 понятие «вялотекущая шизофрения» отсутствует, однако в адаптированной ее версии для России «формы, которые в отечественной версии МКБ-9 квалифицировались как малопрогредиентная или вялотекущая шизофрения», отнесены к рубрике «шизотипическое расстройство» (с указанием, что диагностика их требует дополнительных признаков) [71]. Большинство из таких признаков, указанных в российском варианте классификации и позволяющих поставить диагноз псевдоневротической (неврозоподобной) шизофрении (F 21.3) или латентной шизофрении (F21.1) (снижение инициативы, активности, психической продуктивности, эмоциональной нивелировки), являются характеристиками или общими признаками дезадаптации, возникающей вследствие любых психических расстройств, в том числе и тревожных. Установление диагноза шизофрении пациенту с тревожным расстройством влечет за собой неизбежное назначение антипсихотика, что приводит к нивелировке симптомов основного заболевания за счет седации и одновременно с этим к развитию или усилению дезадаптации вследствие экстрапирамидных побочных эффектов (адинамия, амимия, когнитивные расстройства и др.).

Методы терапии ГТР включают психотерапию, фармакотерапию или комбинацию этих методов. Вариантом лечения первой линии является фармакотерапия, так как она обладает большей эффективностью по сравнению с психотерапией [72] и требует меньше ресурсов для ее осуществления. В качестве препаратов первого выбора традиционно и в соответствии

с клиническими рекомендациями [11, 28] используются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) — сертралин, эсциталопрам, пароксетин, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) — венлафаксин, дулоксетин и антиконвульсант — прегабалин. Выбор этих препаратов основан на их главенствующем месте в ряду лекарственных средств, у которых имеется доказанная эффективность при ГТР. За исключением венлафаксина все перечисленные лекарственные средства разрешены к медицинскому применению в России для лечения ГТР. К настоящему моменту арсенал средств лечения ГТР пополнился мелатонинергическим антидепрессантом агомелатином [73 и др.]. Рекомендованная длительность лечения составляет 6–12 месяцев [11]. По данным клинических исследований, у половины пациентов, получавших СИОЗС и СИОЗСН, редукция симптомов достигала уровня выздоровления, то есть они более не удовлетворяли критериям диагноза ГТР. У этих пациентов уменьшалась социальная дезадаптация, связанная с болезнью, и повышалось качество жизни [74]. В то же время, несмотря на большой арсенал средств с доказанной эффективностью, приблизительно для каждого четвертого пациента с ГТР препараты первого выбора оказываются неэффективными. По результатам, полученным в доказательных исследованиях, эффективность первого курса терапии СИОЗС и СИОЗСН обычно колеблется в пределах 60–75 % [75]. Второй курс терапии оказывается эффективным только в 54,5 % случаев [76]. Наиболее эффективным считается комбинация психотерапии с психотерапией.

## Заключение

Сказанное выше определяет ряд специфических для России проблем, связанных с выявлением и диагностикой ГТР и других тревожных расстройств. Очевидно, что решение этих проблем требует комплексного подхода. К ним относятся как организаци-

онные, так и образовательные меры. В России доля психиатров, работающих в соматической службе и частной практике, невелика, в то время как большинство пациентов с тревожными расстройствами наблюдаются именно у этих врачей [10, 47]. Психоневрологические диспансеры изолированы от медицинских учреждений непсихиатрического профиля и обслуживают преимущественно пациентов с наиболее тяжелыми формами психических расстройств. Как правило, пациенты с тревожными расстройствами туда не обращаются и оказываются вне поля зрения психиатрической службы. Для того чтобы ГТР своевременно выявлялось, правильно диагностировалось, а пациенты получали бы адекватную помощь, требуются серьезные организационные меры: развитие амбулаторной психиатрической и психотерапевтической помощи, ее дестигматизация и укрепление связей с соматической сетью, разработка системы взаимодействия врача соматоневрологической практики и психиатра при совместном ведении пациента с ГТР, работа по просвещению населения в отношении клиники пограничных психических расстройств и пр. Также необходимо проводить широкомасштабные образовательные мероприятия среди психиатров, неврологов и врачей общей практики, направленные на улучшение знаний по диагностике ГТР.

**Выводы.** Диагностика ГТР представляет определенные трудности для врачей во всем мире. Однако в России эта проблема носит комплексный характер и требует проведения широкомасштабных мероприятий со стороны государственных служб системы здравоохранения и образовательных учреждений, направленных на разработку и внедрение программ улучшения выявляемости и помощи этого заболевания и улучшения помощи пациентам с ГТР. Это позволит предотвратить снижение качества жизни, социальную дезадаптацию и утрату трудоспособности огромного числа лиц, страдающих тревожными расстройствами.

*Статья опубликована при поддержке АО «Сервье».*

## ЛИТЕРАТУРА

- Grant B., Hasin D., Stinson F. et al. Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: Results from the National epidemiologic survey on alcohol and related conditions // Psychol Med. – 2005. – Vol. 35. – Pp. 1747–1759. – <https://doi.org/10.1017/S0033291705006069>
- Lawrence A.E., Liverant G.I., Rosellini A.J., Brown T.A. Generalized anxiety disorder within the course of major depressive disorder: examining the utility of the DSM-IV hierarchy rule // *Depress Anxiety*. – 2009. – Vol. 26, no. 10. – Pp. 909–916. – <https://doi.org/10.1002/da.20607>
- Kessler R.C., DuPont R.L., Berglund P., Wittchen H.U. Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys // *Am J Psychiatry*. – 1999. – Vol. 156. – Pp. 1915–1923. – <https://doi.org/10.1176/ajp.156.12.1915>
- Sareen J., Cox B.J., Afifi T.O. et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults // *Arch Gen Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62, no. 11. – Pp. 1249–1257. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.11.1249>
- Вельтишев Д.Ю., Марченко А.С. Генерализованное тревожное расстройство: проблемы диагностики, прогноза и психотерапии // *Современная терапия психических расстройств*. – 2013. – № 1. – С. 29–35.
- Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O. et al. Prevalence, severity and comorbidity of 12: Month 4. DSM: IV disorders in NCSR // *Arch Gen Psychiatr.* – 2005. – Vol. 62. – Pp. 617–627. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>

## REFERENCES

- Grant B., Hasin D., Stinson F. et al. Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: Results from the National epidemiologic survey on alcohol and related conditions // *Psychol Med*. – 2005. – Vol. 35. – Pp. 1747–1759. – <https://doi.org/10.1017/S0033291705006069>
- Lawrence A.E., Liverant G.I., Rosellini A.J., Brown T.A. Generalized anxiety disorder within the course of major depressive disorder: examining the utility of the DSM-IV hierarchy rule // *Depress Anxiety*. – 2009. – Vol. 26, no. 10. – Pp. 909–916. – <https://doi.org/10.1002/da.20607>
- Kessler R.C., DuPont R.L., Berglund P., Wittchen H.U. Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys // *Am J Psychiatry*. – 1999. – Vol. 156. – Pp. 1915–1923. – <https://doi.org/10.1176/ajp.156.12.1915>
- Sareen J., Cox B.J., Afifi T.O. et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults // *Arch Gen Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62, no. 11. – Pp. 1249–1257. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.11.1249>
- Vel'tishev D.Ju., Marchenko A.S. Generalizovannoe trevozhnoe rasstrojstvo: problemy diagnostiki, prognoza i psihofarmakoterapii // *Sovremennaa Terapiia Psihiceskikh Rasstrojstv*. – 2013. – № 1. – С. 29–35.
- Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O. et al. Prevalence, severity and comorbidity of 12: Month 4. DSM: IV disorders in NCSR // *Arch Gen Psychiatr.* – 2005. – Vol. 62. – Pp. 617–627. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>

7. Kessler R.C., Keller M.B., Wittchen H.U. The epidemiology of generalized anxiety disorder // *Psychiatr Clin North Am.* – 2001. – Vol. 24. – Pp. 19–39. – [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70204-5](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70204-5)
8. Weisberg R.B. Overview of generalized anxiety disorder: epidemiology, presentation, and course // *J Clin Psychiatry.* – 2009. – Vol. 70, suppl. 2. – Pp. 4–9. – <https://doi.org/10.4088/JCP.S7002.01>
9. Wittchen H.U., Carter R.M., Pfister H. et al. Disabilities and quality of life in pure and 7 comorbid GAD and major depression in a national survey // *Int Clin Psychopharmacol.* – 2000. – Vol. 15. – Pp. 319–328. – <https://doi.org/10.1097/00004850-200015060-00002>
10. Mosolov S.N., Martynikhin I.A., Syunyakov T.S. et al. Incidence of the diagnosis of anxiety disorders in the Russian Federation: Results of a web-based survey of psychiatrists // *Neurol Ther.* – 2021. – Vol. 10. – Pp. 971–984. – <https://doi.org/10.1007/s40120-021-00277-w>
11. Генерализованное тревожное расстройство // Клинические рекомендации. 2021–2022–2023 (16.09.2021). – URL: [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/457\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/457_2) (дата обращения 12.03.2024).
12. Tyrer P., Baldwin D. Generalised anxiety disorder // *Lancet.* – 2006. – Vol. 368 (9553). – Pp. 2156–2166. – [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69865-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69865-6)
13. Hoehn-Saric M.D., McLeod D.R., Funderburk F., Kowalski P. Somatic symptoms and physiologic responses in generalized anxiety disorder and panic disorder. An ambulatory monitor study // *Archives of General Psychiatry.* – 2004. – Vol. 61. – Pp. 913–921. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.9.913>
14. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторац С.В. и др. Критерии и алгоритм диагностики генерализованного тревожного расстройства // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2015. – № 3. – С. 124–130.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 4th ed. – Washington, DC, 2000.
16. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. – World Health Organization, 1993.
17. Boissier de Sauvages F. Nosologie Méthodique. – Vol. 7. – Lyon, France: Jean-Marie Bruyset, 1772. – Pp. 242–245.
18. Crocq M.A. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM // *Dialogues in clinical neuroscience.* – 2015. – Vol. 17 (3). – Pp. 319–325. – <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/macroqc>
19. Freud S., Strachey J. (trans.). The Standard edition of the complete psychological works of sigmund freud. – Vol. 3 (1893–1899): Early psycho-analytic publications. – London, UK: The Hogarth Press, 1962.
20. Beard G.M. A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). – New York, NY: William Wood, 1880. – 36 p.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 3th ed. – Washington, DC, 1980.
22. Shorter E. A Historical Dictionary of Psychiatry. – New York, NY: Oxford University Press, 2005. – Pp. 152–153.
23. Klein D.F. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes // *Psychopharmacologia.* – 1964. – Vol. 5. – Pp. 397–408. – <https://doi.org/10.1007/BF02193476>
24. Crocq M.A. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category // *Dialogues in clinical neuroscience.* – 2017. – Vol. 19 (2). – Pp. 107–115. – <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/macroqc>
25. Kahn R.J., McNair D.M., Lipman R.S. et al. Imipramine and chlordiazepoxide in depressive and anxiety disorders. II. Efficacy in anxious outpatients // *Arch Gen Psychiatry.* – 1986. – Vol. 3, no. 1. – Pp. 79–85. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800010081010>
26. Casacalenda N., Boulenger J.P. Pharmacologic treatments effective in both generalized anxiety disorder and major depressive disorder: clinical and theoretical implications // *Can J Psychiatry.* – 1998. – Vol 43, no. 7. – Pp. 722–730. – <https://doi.org/10.1177/070674379804300707>
27. Костюкова Е.Г., Ладзыженский М.Я. Дифференцированная фармакотерапия генерализованного тревожного расстройства // Современная терапия психических расстройств. – 2018. – № 1. – С. 45–52. – <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2018.44.11591>
28. Мосолов С.Н., Алфимов П.В. Алгоритм биологической терапии генерализованного тревожного расстройства // Современная терапия психических расстройств. – 2015. – № 2. – С. 24–28.
29. Вельтишев Д.Ю. Диагностика и лечение генерализованного тревожного расстройства (обзор литературы) // Современная терапия психических расстройств. – 2018. – № 3. – С. 26–37. – <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2018.46.16769>
30. Gorwood P. Generalized anxiety disorder and major depressive disorder comorbidity: an example of genetic pleiotropy? // *Eur Psychiatry.* – 2004. – Vol. 19, no. 1. – Pp. 27–33. – <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.10.002>
31. Kessler R.C., Gruber M., Hetttema J. M., Hwang I., Sampson N., Yonkers K. A. Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up // *Psychol Med.* – 2008. – Vol 38, no. 3. – Pp. 365–374. – <https://doi.org/10.1017/S0033291707002012>
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. TR. 4. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
33. Brown T.A., Di Nardo P.A., Lehman C.L., Campbell L. A. Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for the classification of emotional disorders // *J Abnorm Psychol.* – 2001. – Vol. 110. – Pp. 49–58. – <https://doi.org/10.1037//0021-843x.110.1.49>
7. Kessler R.C., Keller M.B., Wittchen H.U. The epidemiology of generalized anxiety disorder // *Psychiatr Clin North Am.* – 2001. – Vol. 24. – Pp. 19–39. – [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70204-5](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70204-5)
8. Weisberg R.B. Overview of generalized anxiety disorder: epidemiology, presentation, and course // *J Clin Psychiatry.* – 2009. – Vol. 70, suppl. 2. – Pp. 4–9. – <https://doi.org/10.4088/JCP.S7002.01>
9. Wittchen H.U., Carter R.M., Pfister H. et al. Disabilities and quality of life in pure and 7 comorbid GAD and major depression in a national survey // *Int Clin Psychopharmacol.* – 2000. – Vol. 15. – Pp. 319–328. – <https://doi.org/10.1097/00004850-200015060-00002>
10. Mosolov S.N., Martynikhin I.A., Syunyakov T.S. et al. Incidence of the diagnosis of anxiety disorders in the Russian Federation: Results of a web-based survey of psychiatrists // *Neurol Ther.* – 2021. – Vol. 10. – Pp. 971–984. – <https://doi.org/10.1007/s40120-021-00277-w>
11. Generalizovannoe trevozhnoe rasstrojstvo // Klinicheskie rekomendacii. 2021–2022–2023 (16.09.2021). – URL: [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/457\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/457_2) (data obrashhenija 12.03.2024).
12. Tyrer P., Baldwin D. Generalised anxiety disorder // *Lancet.* – 2006. – Vol. 368 (9553). – Pp. 2156–2166. – [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69865-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69865-6)
13. Hoehn-Saric M.D., McLeod D.R., Funderburk F., Kowalski P. Somatic symptoms and physiologic responses in generalized anxiety disorder and panic disorder. An ambulatory monitor study // *Archives of General Psychiatry.* – 2004. – Vol. 61. – Pp. 913–921. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.9.913>
14. Karavaeva T.A., Vasil'eva A.V., Poltorak S.V. i dr. Kriterii i algoritm diagnostiki generalizovannogo trevozhnogo rasstrojstva // Obzorenije psichiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Behtereva. – 2015. – № 3. – S. 124–130.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 4th ed. – Washington, DC, 2000.
16. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. – World Health Organization, 1993.
17. Boissier de Sauvages F. Nosologie Méthodique. – Vol. 7. – Lyon, France: Jean-Marie Bruyset, 1772. – Pp. 242–245.
18. Crocq M.A. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM // *Dialogues in clinical neuroscience.* – 2015. – Vol. 17 (3). – Pp. 319–325. – <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/macroqc>
19. Freud S., Strachey J. (trans.). The Standard edition of the complete psychological works of sigmund freud. – Vol. 3 (1893–1899): Early psycho-analytic publications. – London, UK: The Hogarth Press, 1962.
20. Beard G.M. A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). – New York, NY: William Wood, 1880. – 36 p.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 3th ed. – Washington, DC, 1980.
22. Shorter E. A Historical Dictionary of Psychiatry. – New York, NY: Oxford University Press, 2005. – Pp. 152–153.
23. Klein D.F. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes // *Psychopharmacologia.* – 1964. – Vol. 5. – Pp. 397–408. – <https://doi.org/10.1007/BF02193476>
24. Crocq M.A. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category // *Dialogues in clinical neuroscience.* – 2017. – Vol. 19 (2). – Pp. 107–115. – <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/macroqc>
25. Kahn R.J., McNair D.M., Lipman R.S. et al. Imipramine and chlordiazepoxide in depressive and anxiety disorders. II. Efficacy in anxious outpatients // *Arch Gen Psychiatry.* – 1986. – Vol. 3, no. 1. – Pp. 79–85. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800010081010>
26. Casacalenda N., Boulenger J.P. Pharmacologic treatments effective in both generalized anxiety disorder and major depressive disorder: clinical and theoretical implications // *Can J Psychiatry.* – 1998. – Vol 43, no. 7. – Pp. 722–730. – <https://doi.org/10.1177/070674379804300707>
27. Kostjukova E.G., Ladyzhenskij M.Ja. Differencirovannaja farmakoterapija generalizovannogo trevozhnogo rasstrojstva // Sovremennaja Terapija Psihicheskikh Rasstrojstv. – 2018. – № 1. – S. 45–52. – <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2018.44.11591>
28. Mosolov S.N., Alfirmov P.V. Algoritm biologicheskoi terapii generalizovannogo trevozhnogo rasstrojstva // Sovremennaja Terapija Psihicheskikh Rasstrojstv. – 2015. – № 2. – S. 24–28.
29. Vel'tishhev D.Ju. Diagnostika i lechenie generalizovannogo trevozhnogo rasstrojstva (obzor literatury) // Sovremennaja Terapija Psihicheskikh Rasstrojstv. – 2018. – № 3. – S. 26–37. – <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2018.46.16769>
30. Gorwood P. Generalized anxiety disorder and major depressive disorder comorbidity: an example of genetic pleiotropy? // *Eur Psychiatry.* – 2004. – Vol. 19, no. 1. – Pp. 27–33. – <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.10.002>
31. Kessler R.C., Gruber M., Hetttema J. M., Hwang I., Sampson N., Yonkers K. A. Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up // *Psychol Med.* – 2008. – Vol 38, no. 3. – Pp. 365–374. – <https://doi.org/10.1017/S0033291707002012>
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. TR. 4. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
33. Brown T.A., Di Nardo P.A., Lehman C.L., Campbell L. A. Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for the classification of emotional disorders // *J Abnorm Psychol.* – 2001. – Vol. 110. – Pp. 49–58. – <https://doi.org/10.1037//0021-843x.110.1.49>

34. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. – Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
35. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. – 11th ed. – 2019. – URL: <https://icd.who.int/> [accessed March 12, 2024].
36. Lewis-Fernandez R., Hinton D.E., Laria A.J., Patterson E.H., Hofmann S.G., Craske M.G., Liao B. Culture and the anxiety disorders: Recommendations for DSM-V // *Depression and Anxiety*. – 2010. – Vol. 27 (2). – Pp. 212–229. – <https://doi.org/10.1002/da.20647>
37. Watterson R.A., Williams J.V., Lavorato D.H., Patten S.B. Descriptive epidemiology of generalized anxiety disorder in Canada // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2017. – Vol. 62, no. 1. – Pp. 24–29. – <https://doi.org/10.1177/0706743716645304>
38. Füredi J., Mohr P., Swingler D. et al. Psychiatry in selected countries of central and eastern Europe: an overview of the current situation // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2006. – Vol. 114, no. 4. – Pp. 223–231. – <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00804.x>
39. Ishikawa H., Tachimori H., Takeshima T., Umeda M., Miyamoto K., Shimoda H., Kawakami N. Prevalence, treatment, and the correlates of common mental disorders in the mid 2010's in Japan: The results of the world mental health Japan 2nd survey // *Journal of Affective Disorders*. – 2017. – Vol. 241. – Pp. 554–562. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.050>
40. Cho M.J., Seong S.J., Park J.E. et al. Prevalence and correlates of DSM-IV mental disorders in South Korean adults: The Korean Epidemiologic Catchment Area Study 2011 // *Psychiatry Investigation*. – 2015. – Vol. 12, no. 2. – Pp. 164–170. – <https://doi.org/10.4306/pi.2015.12.2.164>
41. Chong S.A., Abdin E., Vaingankar J.A. et al. A population-based survey of mental disorders in Singapore // *Annals Academy of Medicine Singapore*. – 2012. – Vol. 41, no. 2. – Pp. 49–66. – <https://doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.V41N2p49>
42. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2019 г.: аналитический обзор / под ред. З.И. Кекелидзе. – 2020. – URL: <https://psychiatr.ru/download/5238?view=1&name=Психиатрическая+помощь+v+RF+2019.pdf> [дата обращения 12.03.2024].
43. Steel Z., Marnane C., Iranpour C. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and metaanalysis 1980–2013 // *Int J Epidemiol*. – 2014. – Vol. 43. – Pp. 476–93. – <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
44. Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J. et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 // *Eur Neuropsychopharmacol*. – 2011. – Vol. 21. – Pp. 655–679. – <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
45. Чуркин А.А. Результаты эпидемиологического исследования распространенности ГТР среди населения крупного промышленного города. Доклад на экспертном совещании по вопросам диагностики и терапии ГТР. – 25.03.2010. – URL: [https://psychiatr.ru/files/magazines/2016\\_03\\_obozr\\_940.pdf](https://psychiatr.ru/files/magazines/2016_03_obozr_940.pdf) [дата обращения 12.03.2024].
46. Zaluckaja N.M., Generalizovannoe trevozhnoe rasstrojstvo: sovremennye teoreticheskie modeli i podhody k diagnostike i terapii. Chast' 1 // *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. – 2015. – № 1. – С. 3–20.
47. 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. 2–13. – <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2017.41.6437>
48. Reed G.M., Mendonça Correia J., Esparza P., Saxena S., Maj M. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification // *World Psychiatry*. – 2011. – Vol. 10 (2) – Pp. 118–131. – <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x>
49. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства (коморбидность и терапия). – М.: Артinfo, 2007.
50. Ansseau M., Dierick M., Buntinx F., Cnockaert P., De Smedt J., Van Den Haute M., Vander Mijnsbrugge D. High prevalence of mental disorders in primary care // *Journal of Affective Disorders*. – 2004. – Vol. 78, no. 1. – Pp. 49–55. – [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00219-7](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00219-7)
51. Borkovec T.D., Robinson E., Pruzinsky T., DePree J.A. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes // *Behaviour Research and therapy*. – 1983. – Vol. 21. – Pp. 9–16. – [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90121-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90121-3)
52. Wilhelm F.H., Trabert W., Roth W.T. Physiologic instability in panic disorder and generalized anxiety disorder // *Biological Psychiatry*. – 2001. – No 49. – Pp. 596–605. – [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)01000-3](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)01000-3)
53. Wittchen H.U., Hoyer J. Generalized Anxiety Disorder: Nature and Course // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2001. – Vol. 62, no. 11. – Pp. 15–18.
54. Roy-Byrne P.P., Wagner A. Primary care perspectives on generalized anxiety disorder // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2004. – Vol. 65, no. 13. – Pp. 20–26.
55. Kartal M. Challenges and Opportunities in Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder in Primary Care // *Anxiety and Related Disorders*. – 2011. – Pp. 71–86. – <https://doi.org/10.5772/19040>
56. Wittchen H.U., Kessler R.C., Beesdo K., Krause P., Höfler M., Hoyer J. Generalized anxiety disorder and depression in primary care: prevalence, recognition, and management // *J Clin Psychiatry*. – 2002. – Vol. 63, suppl. 8. – Pp. 24–34.
57. Hoffman D.L., Dukes E.M., Wittchen H.U. Human and economic burden of generalized anxiety disorder // *Depression and Anxiety*. – 2008. – Vol. 25, no. 1. – Pp. 72–90. – <https://doi.org/10.1002/da.20257>
34. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. – Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
35. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. – 11th ed. – 2019. – URL: <https://icd.who.int/> [accessed March 12, 2024].
36. Lewis-Fernandez R., Hinton D.E., Laria A.J., Patterson E.H., Hofmann S.G., Craske M.G., Liao B. Culture and the anxiety disorders: Recommendations for DSM-V // *Depression and Anxiety*. – 2010. – Vol. 27 (2). – Pp. 212–229. – <https://doi.org/10.1002/da.20647>
37. Watterson R.A., Williams J.V., Lavorato D.H., Patten S.B. Descriptive epidemiology of generalized anxiety disorder in Canada // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2017. – Vol. 62, no. 1. – Pp. 24–29. – <https://doi.org/10.1177/0706743716645304>
38. Füredi J., Mohr P., Swingler D. et al. Psychiatry in selected countries of central and eastern Europe: an overview of the current situation // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2006. – Vol. 114, no. 4. – Pp. 223–231. – <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00804.x>
39. Ishikawa H., Tachimori H., Takeshima T., Umeda M., Miyamoto K., Shimoda H., Kawakami N. Prevalence, treatment, and the correlates of common mental disorders in the mid 2010's in Japan: The results of the world mental health Japan 2nd survey // *Journal of Affective Disorders*. – 2017. – Vol. 241. – Pp. 554–562. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.050>
40. Cho M.J., Seong S.J., Park J.E. et al. Prevalence and correlates of DSM-IV mental disorders in South Korean adults: The Korean Epidemiologic Catchment Area Study 2011 // *Psychiatry Investigation*. – 2015. – Vol. 12, no. 2. – Pp. 164–170. – <https://doi.org/10.4306/pi.2015.12.2.164>
41. Chong S.A., Abdin E., Vaingankar J.A. et al. A population-based survey of mental disorders in Singapore // *Annals Academy of Medicine Singapore*. – 2012. – Vol. 41, no. 2. – Pp. 49–66. – <https://doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.V41N2p49>
42. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2019 г.: аналитический обзор / под ред. З.И. Кекелидзе. – 2020. – URL: <https://psychiatr.ru/download/5238?view=1&name=Психиатрическая+помощь+v+RF+2019.pdf> [дата обращения 12.03.2024].
43. Steel Z., Marnane C., Iranpour C. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and metaanalysis 1980–2013 // *Int J Epidemiol*. – 2014. – Vol. 43. – Pp. 476–93. – <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
44. Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J. et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 // *Eur Neuropsychopharmacol*. – 2011. – Vol. 21. – Pp. 655–679. – <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
45. Churkin A.A. Rezul'taty jepidemiologicheskogo issledovanija rasprostranennosti GTR sredi naselenija krupnogo promyshlennogo goroda. Doklad na jekspertnom soveshhanii po voprosam diagnostiki i terapii GTR. – 25.03.2010. – URL: [https://psychiatr.ru/files/magazines/2016\\_03\\_obozr\\_940.pdf](https://psychiatr.ru/files/magazines/2016_03_obozr_940.pdf) [дата обращения 12.03.2024].
46. Zaluckaja N.M., Generalizovannoe trevozhnoe rasstrojstvo: sovremennye teoreticheskie modeli i podhody k diagnostike i terapii. Chast' 1 // *Obzrenie psichiatrii i medicinskoj psichologii*. – 2015. – № 1. – С.3–20
47. Neznanov N.G., Martynihin I.A., Mosolov S.N. Diagnostika i terapija trevozhnyh rasstrojstv v Rossijskoj Federacii: rezul'taty oprosa vrachej-psichiatrov // *Sovremennaa Terapija Psicheskikh Rasstrojstv*. – 2017. – № 2. – С. 2–13. – <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2017.41.6437>
48. Reed G.M., Mendonça Correia J., Esparza P., Saxena S., Maj M. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification // *World Psychiatry*. – 2011. – Vol. 10 (2) – Pp. 118–131. – <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x>
49. Mosolov C.N. Trevozhnye i depressivnye rasstrojstva (komorbidnost' i terapija). – M.: Artinfo, 2007.
50. Ansseau M., Dierick M., Buntinx F., Cnockaert P., De Smedt J., Van Den Haute M., Vander Mijnsbrugge D. High prevalence of mental disorders in primary care // *Journal of Affective Disorders*. – 2004. – Vol. 78, no. 1. – Pp. 49–55. – [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00219-7](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00219-7)
51. Borkovec T.D., Robinson E., Pruzinsky T., DePree J.A. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes // *Behaviour Research and therapy*. – 1983. – Vol. 21. – Pp. 9–16. – [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90121-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90121-3)
52. Wilhelm F.H., Trabert W., Roth W.T. Physiologic instability in panic disorder and generalized anxiety disorder // *Biological Psychiatry*. – 2001. – No 49. – Pp. 596–605. – [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)01000-3](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)01000-3)
53. Wittchen H.U., Hoyer J. Generalized Anxiety Disorder: Nature and Course // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2001. – Vol. 62, no. 11. – Pp. 15–18.
54. Roy-Byrne P.P., Wagner A. Primary care perspectives on generalized anxiety disorder // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2004. – Vol. 65, no. 13. – Pp. 20–26.
55. Kartal M. Challenges and Opportunities in Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder in Primary Care // *Anxiety and Related Disorders*. – 2011. – Pp. 71–86. – <https://doi.org/10.5772/19040>
56. Wittchen H.U., Kessler R.C., Beesdo K., Krause P., Höfler M., Hoyer J. Generalized anxiety disorder and depression in primary care: prevalence, recognition, and management // *J Clin Psychiatry*. – 2002. – Vol. 63, suppl. 8. – Pp. 24–34.
57. Hoffman D.L., Dukes E.M., Wittchen H.U. Human and economic burden of generalized anxiety disorder // *Depression and Anxiety*. – 2008. – Vol. 25, no. 1. – Pp. 72–90. – <https://doi.org/10.1002/da.20257>

58. Yu W., Singh S.S., Calhoun S., Zhang H., Zhao X., Yang F. Generalized anxiety disorder in urban China: Prevalence, awareness, and disease burden // *Journal of Affective Disorders*. – 2018. – Vol. 234. – Pr. 89–96. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.012>
59. Kessler R.S., Greenberg P.G. The economic burden of anxiety and stress disorders // *Neuropsychopharmacology: The fifth generation of progress* / Ed. by K.L. Davis, D. Charney, J.T. Coyle, Ch. Nemeroff. – Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott, Williams, & Wilkins, 2002.
60. Kujanpää T., Jokelainen J., Auvinen J., Timonen M. Generalised anxiety disorder symptoms and utilisation of health care services. A cross-sectional study from the "Northern Finland 1966 Birth Cohort" // *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2016. – Vol. 34, no. 2. – Pp. 151–158. – <https://doi.org/10.3109/02813432.2016.1160631>
61. Wittchen H.U. Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society // *Depression and Anxiety*. – 2002. – Vol. 16(4). – Pp. 162–171. <https://doi.org/10.1002/da.10065>
62. Костюкова Е.Г. Описание клинического случая. Генерализованное тревожное расстройство с коморбидной депрессией // *Современная терапия психических расстройств*. – 2015. – № 1. – С. 31–36.
63. Wittchen H.U., Lieb R., Schuster P. et al. When is onset? investigations into early developmental stages of anxiety and depressive disorders // Rapoport J.L. (ed.) *Childhood Onset of "Adult" Psychopathology: Clinical and Research Advances*. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999. – Pp. 259–302.
64. Brawman-Mintzer O., Ludiard R. B., Emmanuel N. et al. Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder // *Am J Psychiatry*. – 1993. – Vol. 150. – Pp. 1216–1218. – <https://doi.org/10.1176/ajp.150.8.1216>
65. Sanderson W.C., Barlow D.H. A description of patients diagnosed with DSM-III-R 12. generalized anxiety disorder // *J Nerv Ment Dis*. – 1990. – Vol. 178. – Pp. 588–591. – <https://doi.org/10.1097/00005053-199009000-00006>
66. Brown T.A., Barlow D.H. Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment 14. and DSM-IV // *J Consult Clin Psychol*. – 1992. – Vol. 60. – Pp. 835–855. – <https://doi.org/10.1037//0022-006x.60.6.835>
67. Brown T.A., Barlow D.H., Liebowitz M.R. The empirical basis of generalized anxiety 15. disorder // *Am J Psychiatry*. – 1994. – Vol. 151. – Pp. 1272–1280. – <https://doi.org/10.1176/ajp.151.9.1272>
68. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in United States: Results from the National Comorbidity Survey // *Arch Gen Psychiatry*. – 1994. – Vol. 51. – Pp. 8–19. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
69. Angst J. Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression // *Int J Clin Psychopharmacol*. – 1993. – Vol. 8, suppl. 1. – Pp. 21–25. – <https://doi.org/10.1097/00004850-199309001-00003>
70. Rouillon F., Chignon J.M. Psychiatric comorbidity of anxiety disorders in the year 2000: Controversies and perspectives / Costa: e:Silva J.A. (ed.) // *Proceeding of the meeting held in Paris 9, June 1992*. – Pp. 26–34.
71. Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99). Класс V МКБ–10, адаптированный для использования в Российской Федерации / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – М., 1998. URL: [https://psychiatr.ru/download/1998?view=1&name=МКБ-10\\_с\\_гиперссылками.pdf](https://psychiatr.ru/download/1998?view=1&name=МКБ-10_с_гиперссылками.pdf) (дата обращения 10.03.2024).
72. 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. – Vol. 30. – Pp. 183–192. – <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000078>
73. Millan M.J. Agomelatine for the treatment of generalized anxiety disorder: focus on its distinctive mechanism of action // *Ther Adv Psychopharmacol*. – 2022. – Vol. 12. – Pp. 1–19. – <https://doi.org/10.1177/20451253221105128>
74. Andrews G. et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2018. – Vol. 52 (12). – Pp. 1109–1172.
75. Baldwin D.S., Waldman S., Allgulander C. Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder // *Int J Neuropsychopharmacol*. – 2011. – Vol. 14. – Pp. 697–710. – <https://doi.org/10.1017/S1461145710001434211105>
76. Berezina B.G., Machado M., Ravindran A.V., Einarson T.R. Evidence-based review of clinical outcomes of guideline-recommended pharmacotherapies for generalized anxiety disorder // *Can J Psychiatry* 2012. – Vol. 57. – Pp. 470–78. – <https://doi.org/10.1177/070674371205700805>
58. Yu W., Singh S.S., Calhoun S., Zhang H., Zhao X., Yang F. Generalized anxiety disorder in urban China: Prevalence, awareness, and disease burden // *Journal of Affective Disorders*. – 2018. – Vol. 234. – Pr. 89–96. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.012>
59. Kessler R.S., Greenberg P.G. The economic burden of anxiety and stress disorders // *Neuropsychopharmacology: The fifth generation of progress* / Ed. by K.L. Davis, D. Charney, J.T. Coyle, Ch. Nemeroff. – Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott, Williams, & Wilkins, 2002.
60. Kujanpää T., Jokelainen J., Auvinen J., Timonen M. Generalised anxiety disorder symptoms and utilisation of health care services. A cross-sectional study from the "Northern Finland 1966 Birth Cohort" // *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2016. – Vol. 34, no. 2. – Pp. 151–158. – <https://doi.org/10.3109/02813432.2016.1160631>
61. Wittchen H.U. Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society // *Depression and Anxiety*. – 2002. – Vol. 16(4). – Pp. 162–171. <https://doi.org/10.1002/da.10065>
62. Kostjukova E.G. Opisaniye klinicheskogo sluchaja. Generalizovannoe trevozhnoye rasstrojstvo s komorbidnoj depressiej // *Sovremennaa Terapiya Psihicheskikh Rasstrojstv*. – 2015. – № 1. – S. 31–36.
63. Wittchen H.U., Lieb R., Schuster P. et al. When is onset? investigations into early developmental stages of anxiety and depressive disorders // Rapoport J.L. (ed.) *Childhood Onset of "Adult" Psychopathology: Clinical and Research Advances*. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999. – Pp. 259–302.
64. Brawman-Mintzer O., Ludiard R. B., Emmanuel N. et al. Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder // *Am J Psychiatry*. – 1993. – Vol. 150. – Pp. 1216–1218. – <https://doi.org/10.1176/ajp.150.8.1216>
65. Sanderson W.C., Barlow D.H. A description of patients diagnosed with DSM-III-R 12. generalized anxiety disorder // *J Nerv Ment Dis*. – 1990. – Vol. 178. – Pp. 588–591. – <https://doi.org/10.1097/00005053-199009000-00006>
66. Brown T.A., Barlow D.H. Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment 14. and DSM-IV // *J Consult Clin Psychol*. – 1992. – Vol. 60. – Pp. 835–855. – <https://doi.org/10.1037//0022-006x.60.6.835>
67. Brown T.A., Barlow D.H., Liebowitz M.R. The empirical basis of generalized anxiety 15. disorder // *Am J Psychiatry*. – 1994. – Vol. 151. – Pp. 1272–1280. – <https://doi.org/10.1176/ajp.151.9.1272>
68. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in United States: Results from the National Comorbidity Survey // *Arch Gen Psychiatry*. – 1994. – Vol. 51. – Pp. 8–19. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
69. Angst J. Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression // *Int J Clin Psychopharmacol*. – 1993. – Vol. 8, suppl. 1. – Pp. 21–25. – <https://doi.org/10.1097/00004850-199309001-00003>
70. Rouillon F., Chignon J.M. Psychiatric comorbidity of anxiety disorders in the year 2000: Controversies and perspectives / Costa: e:Silva J.A. (ed.) // *Proceeding of the meeting held in Paris 9, June 1992*. – Pp. 26–34.
71. Psihicheskie rasstrojstva i rasstrojstva povedenija (F00–F99). Klass V MKB–10, adaptirovannyj dlja ispol'zovanija v Rossijskoj Federacii / Ministerstvo zdravoochranenija Rossijskoj Federacii. – M., 1998. URL: [https://psychiatr.ru/download/1998?view=1&name=МКБ-10\\_с\\_гиперссылками.pdf](https://psychiatr.ru/download/1998?view=1&name=МКБ-10_с_гиперссылками.pdf) (data obrashhenija 10.03.2024).
72. 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. – Vol. 30. – Pp. 183–192. – <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000078>
73. Millan M.J. Agomelatine for the treatment of generalized anxiety disorder: focus on its distinctive mechanism of action // *Ther Adv Psychopharmacol*. – 2022. – Vol. 12. – Pp. 1–19. – <https://doi.org/10.1177/20451253221105128>
74. Andrews G. et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2018. – Vol. 52 (12). – Pp. 1109–1172.
75. Baldwin D.S., Waldman S., Allgulander C. Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder // *Int J Neuropsychopharmacol*. – 2011. – Vol. 14. – Pp. 697–710. – <https://doi.org/10.1017/S1461145710001434211105>
76. Berezina B.G., Machado M., Ravindran A.V., Einarson T.R. Evidence-based review of clinical outcomes of guideline-recommended pharmacotherapies for generalized anxiety disorder // *Can J Psychiatry* 2012. – Vol. 57. – Pp. 470–78. – <https://doi.org/10.1177/070674371205700805>