Тревожно-фобические расстройства

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F40 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

Тревожно-фобические расстройства (F40) — группа состояний с иррациональным страхом конкретных внешних объектов или ситуаций, антиципационной тревогой и избеганием. Рекомендация охватывает диагностику, исключение соматических и других психических причин, а также приоритет психотерапии с выборочным применением фармакотерапии.

Главное

- К ТФР относят агорафобию, социальные и специфические фобии; код агорафобии уточняют как F40.00 без панического расстройства или F40.01 с ним.
- Ключевые признаки — страх объекта или ситуации без реальной опасности, тревога уже при мыслях о столкновении с триггером, выраженное избегание и понимание пациентом чрезмерности страха.
- Наиболее дезадаптирующей формой описана агорафобия: страх толпы, общественных мест, передвижения вне дома или поездок в одиночестве может приводить к отказу выходить из дома.
- При социальной фобии оценивают страх внимания, негативной оценки, унижения и неудачи; генерализованная форма обычно протекает тяжелее, чем изолированная.
- Психотерапия имеет приоритет перед психофармакотерапией; допустимы изолированное применение методов или их сочетание.
- К предикторам затяжного течения относятся коморбидные психические и соматические расстройства, злоупотребление психоактивными веществами, длительный стресс при низкой фрустрационной толерантности и терапевтическая резистентность.

Диагностика

1. Начните с клинико-психопатологического обследования у психиатра или психотерапевта: уточните триггер, связь тревоги с конкретной неопасной ситуацией, избегание, антиципационную тревогу, вегетативные симптомы, коморбидность и суицидальный риск. УУР С, УДД 4–5.
2. Проверьте диагностический профиль: при агорафобии нужен страх или избегание минимум двух ситуаций из четырех — толпы, публичных мест, путешествия в одиночку, передвижения вне дома — и одновременно минимум два симптома тревоги, один из которых относится к сердцебиению, потливости, тремору или сухости во рту.
3. Для социальной фобии подтвердите страх или избегание центра внимания и унижения в социальных ситуациях, минимум два симптома тревоги и хотя бы один из признаков: покраснение или дрожь, страх рвоты, позывы или страх мочеиспускания либо дефекации.
4. Для специфической фобии установите страх или избегание конкретного объекта или ситуации, не относящихся к агорафобии или социальной фобии; тревога должна возникать только при контакте с этим стимулом или мыслях о нем.
5. Проводите дифференциальную диагностику с психотическими, органическими, аффективными, обсессивно-компульсивными и другими тревожными расстройствами, а также с расстройствами, связанными с алкоголем и психоактивными веществами.
6. Проведите физикальный и неврологический осмотр, измерьте пульс и артериальное давление лежа и стоя.
7. Лабораторных тестов, подтверждающих ТФР, нет: исследования проводят для поиска соматической причины похожих симптомов. В первичное обследование входят общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови и оценка функции щитовидной железы.
8. Инструментальных тестов, подтверждающих ТФР, нет; ЭЭГ, дуплексное сканирование, МРТ и ЭКГ проводят по клиническим показаниям или для оценки соматического состояния.
9. При необходимости количественной оценки используйте психометрические шкалы тревоги и фобий; выбор методик зависит от клинической картины и диагностической задачи. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Всем пациентам показана психотерапия и/или психофармакотерапия; психотерапия считается более приоритетной. УУР А, УДД 1.
- Базовый психотерапевтический вариант — 10–15 сеансов когнитивно-поведенческой психотерапии, кроме пациентов со сниженным интеллектом. УУР А, УДД 1.
- При частых или интенсивных социальных фобиях и агорафобии первая фармакологическая линия — СИОЗС или венлафаксин. Эффективные диапазоны: пароксетин 20–40 мг/сут, эсциталопрам 10–20 мг/сут, сертралин 50–200 мг/сут, флувоксамин 100–300 мг/сут, венлафаксин 75–225 мг/сут; для циталопрама в тексте указана доза 20–40 мг/сут. УУР А, УДД 1.
- При частых или интенсивных специфических фобиях возможны эсциталопрам 10–20 мг или пароксетин 20 мг. УУР В, УДД 2.
- Для быстрого или эпизодического снижения тревоги применяют производные бензодиазепина: клоназепам 0,5–3 мг/сут или алпразолам 0,5–0,75 мг/сут. Курс обычно ограничивают 2–3 неделями; препараты нецелесообразны при зависимости или риске ее формирования. УУР В, УДД 2.
- При недостаточной эффективности или плохой переносимости СИОЗС или венлафаксина применяют прегабалин 150–600 мг/сут. При редком столкновении со специфическим стимулом допускается однократный прегабалин 150 мг. УУР А и В, УДД 2.
- При частых или интенсивных проявлениях и недостаточном ответе на терапию СИОЗС или венлафаксином применяют миртазапин 30–45 мг/сут — УУР В, УДД 2 — или агомелатин 25–50 мг/сут — УУР С, УДД 4. При недостаточном ответе на монотерапию антидепрессантами возможны антипсихотические средства, в том числе сульпирид 50–400 мг/сут или кветиапин 25–300 мг/сут, под контролем нежелательных эффектов. УУР А, УДД 1.
- Эффективность и переносимость психотропной терапии оценивают на 7-й, 14-й и 28-й день, затем каждые 4 недели. При частых или интенсивных проявлениях фармакотерапию продолжают 6–12 месяцев после достижения эффекта; антидепрессанты отменяют постепенно для профилактики синдрома отмены. УУР С и В, УДД 5 и 2.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при высокой частоте фобических приступов или выраженной тревоге, если подбор фармакотерапии требуется в стационаре.
- Направляйте в стационар при коморбидном психическом или соматическом расстройстве, требующем стационарного подбора медикаментов, а также при плохой переносимости терапии.
- Показанием служат выраженные фобические состояния с ограничительным поведением, стойкая агорафобия, существенно ограничивающая передвижение, или социофобия, охватывающая многие сферы жизни.
- Диспансерное наблюдение психиатром особенно необходимо при суицидальном риске, тяжелом течении, коморбидной психической патологии или резистентности к терапии.
- При течении без госпитализации в течение 3 лет минимальная периодичность диспансерного приема — один раз в 3 месяца; после госпитализации в течение 2 лет — не реже одного раза в 2 месяца, а в первый год — один раз в месяц.

Частые вопросы

Как отличить фобию от обычного страха?

При ТФР страх относится к внешнему объекту или ситуации, не представляющим реальной опасности, вызывает тревогу уже при мыслях о них, приводит к избеганию и сопровождается значимым дистрессом. Пациент обычно понимает чрезмерность или необоснованность переживаний.

Есть ли специфический лабораторный тест для диагностики ТФР?

Специфического лабораторного теста для ТФР нет. Лабораторные обследования проводят для исключения соматической патологии; в рекомендациях указаны общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови и оценка функции щитовидной железы.

Что является приоритетным в лечении: психотерапия или лекарственная терапия?

Психотерапия имеет приоритет и может применяться отдельно либо в сочетании с лекарствами.

Какая фармакотерапия является первой линией при социальных фобиях и агорафобии?

При частых или интенсивных социальных фобиях и агорафобии первой фармакологической линией служат СИОЗС или венлафаксин.

Можно ли использовать бензодиазепины при фобии?

Да, клоназепам 0,5–3 мг/сут или алпразолам 0,5–0,75 мг/сут могут применяться коротко или эпизодически, в том числе при редком предстоящем столкновении с фобическим стимулом. Из-за риска зависимости длительность обычно ограничивают 2–3 неделями; при зависимости или риске ее формирования препараты нецелесообразны.

Как отменять антидепрессант при ТФР?

Антидепрессант отменяют постепенно; темп снижения зависит от дозы, длительности лечения, фармакологических свойств препарата и состояния пациента. При тяжелом синдроме отмены можно вернуться к минимально эффективной дозе и снижать ее медленнее либо при отмене СИОЗС или СИОЗСН перейти на флуоксетин с последующей постепенной отменой.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/455-trevozhno-fobicheskie-rasstrojstva. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/455_3