Генерализованное тревожное расстройство

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F41.1 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

Генерализованное тревожное расстройство (МКБ-10 F41.1) — хроническая или рецидивирующая, трудно контролируемая тревога, не связанная преимущественно с конкретными обстоятельствами и сохраняющаяся не менее 6 месяцев. Рекомендация описывает подтверждение диагноза после исключения соматических и других психических расстройств, ступенчатое лечение антидепрессантами и психотерапией, а также ведение при резистентности и суицидальном риске.

Главное

- Диагноз ГТР предполагает свободно плавающую, несоразмерную ситуации тревогу продолжительностью не менее 6 месяцев, которую пациент не может подавить усилием воли или рациональными доводами; течение бывает хроническим или рецидивирующим.
- Клиническая картина включает трудно контролируемое диффузное беспокойство, раздражительность, гипервигилитет, нарушения концентрации, мышечное напряжение и вегетативные проявления — потливость, тахикардию, сухость во рту, эпигастральный дискомфорт и головокружение.
- У всех пациентов нужно проводить дифференциальную диагностику с другими психическими расстройствами и соматическими заболеваниями, включая патологию щитовидной железы, феохромоцитому, употребление психоактивных веществ и синдром отмены бензодиазепинов (УУР С, УДД 5).
- Основой лечения служит психофармакотерапия и/или психотерапия; сочетание методов может повысить эффективность лечения (УУР А, УДД 1).
- Препараты первой линии: пароксетин 20–40 мг/сут, эсциталопрам 10–20 мг/сут, сертралин 50–200 мг/сут, венлафаксин 75–225 мг/сут, дулоксетин 30–120 мг/сут или агомелатин 25–50 мг/сут (УУР А, УДД 1).
- В первые недели следует наблюдать за пациентом, оценивая суицидальные риски и возможное усиление тревожной симптоматики; эффективность и переносимость оценивают на 7-й, 14-й и 28-й дни, затем каждые 4 недели (УУР С, УДД 5).
- После достижения эффекта лечение продолжают не менее 6 месяцев, часто 12 месяцев и дольше; антидепрессанты при отмене снижают постепенно, чтобы уменьшить риск синдрома отмены (УУР С, УДД 5; УУР В, УДД 2).

Диагностика

1. Уточнить наличие выраженной нефабулируемой тревоги, внутреннего напряжения, гипервигилитета, тревожных руминаций и негативных ожиданий о будущем, сохраняющихся не менее 6 месяцев.
2. Проверить критерий симптомов: требуется не менее 4 симптомов из диагностического перечня, причём хотя бы один должен относиться к сердцебиению, потливости, тремору или сухости во рту.
3. При клиническом интервью выявить психические и соматические компоненты тревоги, устойчивость и трудную контролируемость беспокойства, вегетативные проявления, длительность симптомов, коморбидные расстройства, текущие стрессоры и суицидальный риск (УУР С, УДД 4–5).
4. Провести физикальный и неврологический осмотр, оценить кожу и возможные следы самоповреждения или инъекций, пропальпировать щитовидную железу, проверить отсутствие экзофтальма, измерить пульс и артериальное давление лёжа после 5 минут отдыха и стоя через 3 минуты (УУР С, УДД 4–5).
5. Для исключения соматических причин выполнить общий анализ мочи, развёрнутый общий анализ крови, биохимический анализ крови, тесты на гепатиты В и С, сифилис и ВИЧ; у первичных пациентов или при клинических показаниях исследовать Т3, свободный Т3, Т4, свободный Т4 и ТТГ (УУР С, УДД 5).
6. Всем пациентам выполнить ЭКГ (УУР В, УДД 3). ЭЭГ показана при невозможности надёжно исключить пароксизмальные состояния; транскраниальное дуплексное сканирование — при эпизодах потери сознания или подозрении на церебральные сосудистые нарушения; МРТ — после ЧМТ, при подозрении на опухоль, головной боли или возможном органическом поражении мозга (УУР С–В, УДД 4–3).

7. Исключить паническое, тревожно-фобические, обсессивно-компульсивное и ипохондрическое расстройства, аффективные расстройства, ПТСР, соматоформные расстройства, шизофрению, органические заболевания мозга, патологию щитовидной железы, феохромоцитому и тревогу, связанную с ПАВ или лекарствами.

Лечение

- При незначительно выраженной симптоматике возможна изолированная психотерапия (УУР В, УДД 1).
- В первой линии назначают один препарат на 4–6 недель: пароксетин 20–40 мг/сут, эсциталопрам 10–20 мг/сут, сертралин 50–200 мг/сут, венлафаксин 75–225 мг/сут, дулоксетин 30–120 мг/сут или агомелатин 25–50 мг/сут. Начинают с минимальной дозы и постепенно титруют; анксиолитический эффект развивается индивидуально за 2–8 недель (УУР А, УДД 1).
- При выраженной тревоге и вегетативных нарушениях бензодиазепины можно использовать кратковременно на старте лечения; курс обычно ограничивают 3–4 неделями, а при сохраняющейся выраженной тревоге, не купируемой антидепрессантами и/или сопровождающейся выраженной вегетативной симптоматикой, длительность может быть увеличена до 6 месяцев. Их не следует назначать пациентам с зависимостью или риском зависимости от ПАВ и пожилым из-за риска нарушений координации и падений (УУР А, УДД 1).
- При недостаточном эффекте сначала проверить приверженность; затем повысить дозу первого антидепрессанта до максимально переносимой и продолжить лечение ещё 4–6 недель либо заменить препарат на другой из первой линии. При доминировании соматических эквивалентов тревоги возможна монотерапия прегабалином 150–600 мг/сут (УУР С, УДД 3; УУР В, УДД 2; УУР А, УДД 1).
- При отсутствии эффекта от препаратов первых двух линий возможны комбинация антидепрессанта с прегабалином 150–600 мг/сут, имипрамин 75–200 мг/сут, кветиапин с началом 50 мг/сут, повышением до 150 мг/сут на 3-й день и максимумом 300 мг/сут к 3–4-й неделе, гидроксизин 50–100 мг/сут, буспирон 15–60 мг/сут или маритупердин 40 мг/сут (УУР А–В, УДД 1–2).
- При терапевтической резистентности требуется уточнить диагноз, коморбидность и приверженность. Возможны оланзапин в сочетании с флуоксетином: 2,5 мг/сут первую неделю, 5 мг/сут вторую неделю, затем повышение на 5 мг/сут в неделю до 20 мг/сут; арипипразол 7,5–30 мг/сут или рисперидон 0,5–1,5 мг/сут (УУР В–С, УДД 2–4).
- Когнитивно-поведенческая психотерапия показана большинству пациентов, кроме пациентов со сниженным интеллектом (УУР А, УДД 1); релаксационные методы проводят курсом 10–15 сеансов (УУР С, УДД 5). При внутриличностном конфликте используют динамическую личностно-ориентированную психотерапию, при специфических репрезентациях родителей, психотравмирующих ситуациях и трудностях регуляции гнева — краткосрочную психодинамическую психотерапию (УУР В, УДД 2; УУР А, УДД 1).
- При рефрактерности к психофармакотерапии и психотерапии возможна ТМС: курс 15 процедур за 3 недели (УУР В, УДД 2). При недостаточной эффективности лечения или вегетативной неустойчивости применяют биообратную связь курсом 10 сеансов (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при выраженной тревоге, требующей подбора фармакотерапии в стационаре, а также при коморбидных психических или соматических расстройствах, требующих стационарной коррекции лечения.
- Дополнительные показания к госпитализации: выраженные фобические состояния с ограничительным поведением, плохая переносимость лекарственной терапии и систематическое употребление алкоголя для уменьшения тревоги.
- Диспансерное наблюдение психиатром нужно при суицидальном риске, тяжёлом течении, коморбидной психической патологии или резистентности к терапии — для динамической оценки, коррекции амбулаторного лечения и своевременной госпитализации (УУР С, УДД 5).
- Из стационара выписывают после подбора эффективной и адекватно переносимой фармакотерапии, снижения тревоги и стабилизации психического и соматического состояния; при фобиях — после их купирования и уменьшения ограничительного поведения.

Частые вопросы

Как подтвердить диагноз ГТР?

Нужны тревога и внутреннее напряжение не менее 6 месяцев, минимум 4 симптома из диагностического перечня, включая хотя бы один из первых четырёх симптомов, а также отсутствие критериев других тревожных расстройств и соматической или связанной с ПАВ причины.

Какой препарат выбрать первым при ГТР и в какой дозе?

В первой линии используют пароксетин 20–40 мг/сут, эсциталопрам 10–20 мг/сут, сертралин 50–200 мг/сут, венлафаксин 75–225 мг/сут, дулоксетин 30–120 мг/сут или агомелатин 25–50 мг/сут. Препарат начинают с минимальной дозы и титруют до терапевтической.

Можно ли назначать бензодиазепины при ГТР?

Да, при выраженной тревоге и вегетативных нарушениях — кратковременно на первом этапе, обычно не более 3–4 недель. Нужно учитывать риск зависимости, синдром отмены, седации, нарушений координации и падений; пациентам с зависимостью или риском зависимости от ПАВ и пожилым их не рекомендуется назначать.

Что делать при частичном ответе на антидепрессант?

Сначала проверить приверженность, затем довести дозу до максимально рекомендованной по переносимости и продолжить курс ещё 4–6 недель. При недостаточном ответе возможна смена препарата.

Как долго продолжать лечение после улучшения?

Эффективную терапию продолжают не менее 6 месяцев после наступления эффекта; во многих случаях — 12 месяцев и дольше. При отмене антидепрессанта дозу снижают постепенно.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/457-generalizovannoe-trevozhnoe-rasstrojstvo. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/457_3