

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00729&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00729. Тривожний розлад

Автори: Hannu Koronen, Ulla Lepola  
Редактори оригінального тексту: -  
Дата останнього оновлення: 2018-09-28

## Основні положення

- Тривога - це нормальний емоційний стан, що надає захист від небезпечних ситуацій.
- Тривожний розлад означає стан, коли тривога є інтенсивною, тривалою та обмежує як психологічні, так і соціальні функції.
- У випадку хронічної або інтенсивної тривоги потрібно оцінити природу та вихідні чинники цього стану. Послідовне вивчення проблем пацієнтів, когнітивна реконструкція причинно-наслідкових зв'язків та аналіз емоцій пацієнта є елементами стратегії оцінки та лікування тривоги.
- Може бути показаний тимчасовий прийом препаратів, якщо тривога спричиняє непрацездатність. В той же час, довготривала фармакотерапія може виявитись необхідною у випадку важкої хронічної тривоги.
- Дисоціація часто пов'язана з психічною травматизацією. Вона може проявлятися психічними та соматичними симптомами. Дисоціація пов'язана з порушенням інтеграції свідомості, пам'яті, ідентичності та сприйняття.

## Поширеність

- Тривога є одним з найрозповсюдженіших психічних розладів.
- Двадцять п'ять відсотків населення страждають від тривоги на певному етапі життя, жінки частіше за чоловіків.

## Патогенез

- Пацієнт часто відчуває тривогу в щоденних ситуаціях, причому тривога часто пов'язана з турботами щодо звичайних буденних справ.
- Довготривала тривога може приводити до вторинного уникання чи пристосування за допомогою механізмів психологічного захисту або поведінки. Тривога та її можливі причини, в тому числі нещастя і негаразди, можуть залишатися непоміченими або підсвідомими.
- Не завжди легко віддиференціювати фізіологічну тривогу від патологічної. Важливим критерієм є те, чи пацієнт зберігає здатність нормально працювати та функціонувати.

## Симптоми

- Постійний стан тривоги або пароксизмальна тривога, пов'язана з певними ситуаціями.
- Страх, важкість концентрації, рухове занепокоєння, утруднене засинання.
- Типовими є периферичні соматичні симптоми: серцебиття, тремор, запаморочення, пітливість, нудота, відчуття задухи, часте сечовипускання, абдомінальні симптоми, тремтіння голосу та багрянець.
- Тривала нервозність, болі у м'язах, напруження шиї та спини, головний біль, відчуття грудки в горлі, втомлюваність.

## Основні принципи лікування тривожного розладу

[доказ 65234 | D] [доказ 07105 | B] [доказ 04261 | A]

- Спочатку потрібно визначити природу розладу. Лікування базується на розпізнаванні симптомів, встановленні правильного діагнозу, підвищенні обізнаності пацієнтів, роз'ясненні його/її ситуації та емоцій, а також полегшенні його/її поточної ситуації.
- Потрібно оцінити всі основні фактори та потребу в медикаментозному лікуванні.
- Існують відмінності у фармакотерапії генералізованого тривожного розладу, панічного розладу, obsesивно-компульсивного розладу [настанова 00732 | Обсесивно-компульсивний ...], соціофобії та змішаного тривожно-

депресивного розладу. У випадку важкої хронічної тривоги показана довготривала фармакотерапія, наприклад, антидепресантами. СІЗС (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну) та ІЗСН (інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну: дулоксетин, мілнаципран, венлафаксин) зазвичай є препаратами вибору.

*Коментар експерта.* Лікарський засіб Мілнаципран станом на 15.02.2019 не зареєстрований в Україні

- Потрібно уникати довготривалого призначення бензодіазепінів.
- У багатьох випадках може виявитись корисною когнітивна психотерапія.

## Найбільш поширені тривожні розлади

### Панічний розлад

#### Мета

- Панічний розлад варто запідозрити у пацієнта з надмірною тривогою і депресією.
- Потрібно обирати лікування, що призведе до максимально позитивного результату. Слід пам'ятати, що у таких пацієнтів часто наявні супутні: депресія, ризик самогубства та зловживання алкоголем.

#### Епідеміологія

- На панічний розлад, за оцінками, страждає 3(-4)% населення.
- Він часто поєднується з агорафобією, тобто страхом публічних місць.
- Панічний розлад вдвічі частіше зустрічається серед жінок, ніж серед чоловіків.
- Зазвичай, атаки вперше з'являються у підлітковому та ранньому дорослому віці, але в деяких випадках вони починаються в дитинстві.
- Близько третини пацієнтів можливо реабілітувати, але рецидиви звичні: 40-50% пацієнтів будуть мати деякі залишкові симптоми. Близько у 20% розлад стає хронічним.
- Двадцять п'ять відсотків дорослих пацієнтів з панічним розладом страждали на шкільну фобію в дитинстві.

## Симптоми

- Рецидивуючі та непередбачувані атаки тривають чотири місяці або довше
- Ці напади не обмежуються певною ситуацією або переліком обставин.
- Не можна виявити жодного органічного фактора, що міг би викликати атаки.
- Напад паніки досягає свого піку за 10 хвилин.
- Впродовж однієї атаки мають проявитися не менш, ніж чотири з наступних симптомів:
  - відчуття нестачі повітря або задухи
  - відчуття запаморочення, хиткості або млявості
  - відчуття миготіння чи прискореного серцебиття
  - тремтіння або дрижання
  - потовиділення
  - нудота або неприємні відчуття в животі
  - деперсоналізація або дереалізація
  - парестезії, відчуття оніміння або поколювання
  - припливи тепла/холоду
  - біль або дискомфорт у грудях
  - страх смерті
  - страх втратити контроль чи збожеволіти.

## Диференційний діагноз

- Інші психічні захворювання
  - Фобії, тривога, депресивні розлади
- Серцево-судинні захворювання
  - Анемія, тахіаритмія, стенокардія
- Гормональні причини
  - Гіпертиреоз, гіперглікемія, менопауза
- Причини з боку дихальної системи
  - Астма, гіпервентиляція, емболія легеневої артерії, набряк легень

- Неврологічні захворювання
  - Порушення мозкового кровообігу [настанова 00749 | Диференційна діагностика...], епілесія
- Синдром відміни
  - Алкоголь, кофеїн, амфетамін
- Передозування симпатоміметиків у випадку лікування астми може спровокувати панічну атаку.
- Феохромочитома: для атак характерні почервоніння, серцебиття та суттєве підвищення артеріального тиску [настанова 00517 | Рідкісні ендокринні пухл...].

### Дослідження

- Фізикальне обстеження
- ЕКГ
- Концентрація ТТГ в плазмі крові
- Інші дослідження або консультація невролога за потребою
  - Показники крові, глюкоза крові, кальцій плазми крові

### Принципи лікування

- Потрібно оцінити ризик самогубства та пам'ятати про нього.
- У багатьох випадках лікування складається з комбінації фармакотерапії та психотерапії.
- Комбінація антидепресанту з експозиційною терапією є більш ефективним, ніж інші методи короткотривалого лікування для пацієнтів, у яких панічний розлад пов'язаний з уникненням агорафобії.
- Важливо, щоб лікар забезпечував атмосферу підтримки та заохочення. Потрібно проаналізувати проблему разом із пацієнтом та пояснити нешкідливий характер фізичних симптомів.
- Якщо зловживання алкоголем також є проблемою, потрібно спробувати його вилікувати, наприклад, за допомогою короткого втручання [настанова 00891 | Коротка бесіда про ризик...]. Алкоголь погіршує симптоми панічного розладу.

## Фармакотерапія

- **Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС)** [доказ 07520 |D]
  - Препарати вибору; ефективні та безпечні. Відповідь на лікування отримується через 3-6 тижнів.
  - Препаратами першої лінії в цій групі є циталопрам, есциталопрам, пароксетин та сертралін. Також можна використовувати флуоксетин та флувоксамін.
  - Препарати призначаються так само, як і при депресії [настанова 00721 |Медикаментозне лікування...], але стартова доза має бути вдвічі меншою (напр., циталопрам у дозі 10 мг раз на день), оскільки пацієнти з панічними розладами на початку лікування можуть бути чутливими до можливої активуючої дії.
  - У випадку персистуючого перебігу можна розглянути профілактичне лікування впродовж, наприклад, більше 12 місяців.
- **Венлафаксин**
  - Початкова доза 37,5 мг
  - Підтримуюча доза 75-225 мг
- **Бензодіазепіни** [доказ 07520 |D]
  - Бензодіазепіни (напр., алпразолам, клоназепам) можуть призначатись на короткий термін в особливих ситуаціях, напр., у початковій фазі лікування, але потрібно уникати довготривалого призначення та високих доз бензодіазепінів.
- **Тривалість фармакотерапії**
  - Терапевтичні дози впродовж 8-12 місяців
  - Рецидивуючі панічні атаки лікуються так само, як і рецидивуюча депресія.

## Психотерапія [доказ 07382 |B]

- Короткотривала когнітивна психотерапія, як індивідуальна, так і групова, показала свою ефективність.
- Експозиційна терапія
- Символдрама (катативно-імагінативна психотерапія)
- Групові обговорення та релаксація

## Соціальні фобії

- Характерною рисою є виражена тривога та пов'язана з нею уникаюча поведінка в соціальних ситуаціях.
- Передбачувана поширеність складає 3-8% загальної популяції.
- Фобія часто пов'язана з:
  - публічним вживанням їжі або напоїв
  - спілкуванням з представниками влади або незнайомцями
  - публічними промовами чи виступами
  - працею під спостереженням
  - відвідуванням суспільних подій.

## Диференційний діагноз

- Панічний розлад
  - Агорафобія
- Тривожний (уникаючий) розлад особистості

## Фармакотерапія

- СИЗЗС [доказ 04677]С та венлафаксин є препаратами вибору.
- Також можна застосовувати інгібітори MAO, такі як моклобемід.

*Коментар експерта.* Лікарський засіб Моклобемід станом на 15.02.2019 в Україні не зареєстрований

- У випадках специфічного ситуативного стресу можна спробувати призначення бета-блокаторів.
- У разі потреби можна використовувати бензодіазепіни для контролю важких симптомів, за умови адекватного моніторингу фармакотерапії.

## Психотерапія

- Когнітивна психотерапія

## Генералізований тривожний розлад

- Поширеність впродовж життя становить 4-7%, але лише 20-30% пацієнтів отримують адекватне лікування.

- Симптоми включають постійну надмірну тривогу, стрес та побоювання через щоденні справи та майбутнє. Тривога важко піддається контролю.
- У пацієнта часто також присутні внутрішня напруга, безсоння, труднощі концентрації та напруження м'язів.
- Тривога не обмежується якимись певними обставинами та не є епізодичною.
- Генералізований тривожний розлад часто спостерігається у поєднанні з іншими психічними захворюваннями.

### Диференційний діагноз

- Багато соматичних захворювань можуть нагадувати тривогу та навпаки (напр., анемія, захворювання серця, хронічна тромбоемболія легеневої артерії, астма, гіпертиреоз та інші ендокринні розлади, інфекції тощо).
- Деякі препарати та токсичні сполуки можуть викликати тривогу (симпатоміметики, кофеїн, заборонені наркотичні засоби, симптоми відміни алкоголю та седативних препаратів).
- Інші тривожні розлади та депресія
  - Ці розлади часто виникають одночасно.
  - Потрібно диференціювати звичайне занепокоєння від тривоги, що призводить до порушення працездатності.

### Фармакотерапія [доказ 05001 | D] [доказ 06804 | C] [доказ 05320 | B]

- Генералізований тривожний розлад є хронічним станом, що порушує функціональні можливості пацієнта, і фармакотерапія часто є показаною. Потрібно визначити фактори, що лежать в основі (стрес, надмірне споживання лікарських засобів або кави тощо).
- СІЗЗС та ІЗЗСН (інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну; дулоксетин, мілнаципран, венлафаксин) є препаратами вибору та набагато ефективніші за бензодіазепіни у випадку довготривалого лікування тривоги.
- Найпоширенішими побічними ефектами бензодіазепінів є седація, погіршення психомоторних функцій та транзиторні порушення пам'яті.

- Похідні бензодіазепінів можна призначити після початку прийому антидепресантів, використовуючи найменшу з можливих доз впродовж короткого терміну (4-6 тижнів). Бензодіазепіни потрібно відмінити надзвичайно обережно, щоб знизити частоту можливих побічних ефектів.
- Буспірон є похідним азапірону. Як і в антидепресантів, його терапевтична дія з'являється через 1-3 тижні після початку лікування. Він показаний при хронічних тривожних станах, коли негайне полегшення симптомів не є необхідністю. Після відміни препарату не спостерігалось синдрому відміни, також не спостерігалось впливу на психомоторну та когнітивну функції.
- Прегабалін також можна застосовувати у випадку генералізованого тривожного розладу.

### Прості фобії (специфічні фобії)

- Найчастіше тригерами є висота, темрява, закриті приміщення, змії та комахи.
- Роль фармакотерапії менш важлива, ніж у випадку лікування інших тривожних розладів.
- Якщо пацієнт мотивований, можна призначити експозиційну терапію.

### Посттравматичний стресовий розлад

- Див. [\[настанова 00734 | Acute stress reaction an...\]](#).

### Обсесивно-компульсивний розлад

- Див. [\[настанова 00732 | Obsessive-compulsive ...\]](#).

### Пов'язані ресурси

- Огляди доказових даних [\[пов'язані 00315 | Anxiety disorder – Relat...\]](#)
- Клінічні настанови [\[пов'язані 00315 | Anxiety disorder – Relat...\]](#)
- Література [\[пов'язані 00315 | Anxiety disorder – Relat...\]](#)

## Настанови

- [Настанова 00732](#). Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР).
- [Настанова 00749](#). Диференційна діагностика епізодичних порушень.
- [Настанова 00517](#). Рідкісні ендокринні пухлини.
- [Настанова 00891](#). Коротка бесіда про ризики вживання алкоголю.
- [Настанова 00721](#). Медикаментозне лікування депресії.
- [Настанова 00734](#). Acute stress reaction and post-traumatic stress disorder.

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05234](#). Meditation therapy for anxiety disorders.  
Дата оновлення: 2006-09-07  
Рівень доказовості: D  
Резюме: The evidence is insufficient for conclusions on the effectiveness of meditation therapy for anxiety disorders.
- [Доказовий огляд 07105](#). Collaborative care for depression and anxiety problems.  
Дата оновлення: 2013-01-25  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Collaborative care appears to associate with significant improvement in depression and anxiety outcomes compared with usual care, representing a useful addition to clinical pathways for adult patients with depression and anxiety.
- [Доказовий огляд 04261](#). Antidepressants for generalized anxiety disorder.  
Дата оновлення: 2017-03-08  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Antidepressants are more effective than placebo for generalized anxiety disorder.
- [Доказовий огляд 07520](#). Antidepressants and benzodiazepines for panic disorder in adults.  
Дата оновлення: 2017-01-12  
Рівень доказовості: D  
Резюме: In panic disorder, there might possibly not be any differences between antidepressants and benzodiazepines in efficacy and tolerability, even though the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 07382](#). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults.  
Дата оновлення: 2016-04-28  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy (ICBT) appears to be effective for anxiety in adults, being not significantly different from face-to-face CBT.

- [Доказовий огляд 04677](#). Pharmacotherapy for social anxiety disorder.  
Дата оновлення: 2017-12-05  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) may be effective in treating social anxiety disorder (SAnD).
- [Доказовий огляд 05001](#). Hydroxyzine for generalized anxiety disorder.  
Дата оновлення: 2011-01-31  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Hydroxyzine might possibly be more effective than placebo for symptom reduction in generalized anxiety disorder, although the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 06804](#). Second-generation antipsychotics for anxiety disorders.  
Дата оновлення: 2011-03-23  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Quetiapine may be effective in generalised anxiety disorder; this effect may be similar to that of antidepressants. However, adverse events are probably more frequent with quetiapine.
- [Доказовий огляд 05320](#). Azapirones for generalized anxiety disorder.  
Дата оновлення: 2006-11-14  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Azapirones appear to be more effective than placebo in treating generalized anxiety disorder (GAD) in the short term, but they may not be superior to benzodiazepines.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: ebm00729    Ключ сортування: 035.031    Тип: EBM Guidelines

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2018-09-28

---

Автор(и): Hannu Koponen Ulla Lepola    Редактор(и): G. Mustafa Soomro    Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd  
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

---

Навігаційні категорії  
EBM Guidelines    Psychiatry

---

Ключові слова індексу  
mesh: Anxiety Disorders    mesh: Anxiety    mesh: generalized anxiety disorder    mesh: Panic Disorder    mesh: Phobic Disorders  
mesh: Stress Disorders, Traumatic    icpc-2: P01    icpc-2: P74    icpc-2: P79    icpc-2: P02    speciality: Psychiatry  
mesh: Agoraphobia    mesh: Depression    mesh: Psychotherapy    mesh: Moclobemide    mesh: Clomipramine  
mesh: Clonazepam    mesh: Alprazolam    mesh: Antidepressive Agents    mesh: benzodiazepines    mesh: Citalopram  
mesh: Antidepressive Agents, Tricyclic    mesh: Serotonin Uptake Inhibitors