

# Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей-психиатров

Н.Г. Незнанов<sup>1, 2</sup>, И.А. Мартынихин<sup>2</sup>, С.Н. Мосолов<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева Минздрава РФ, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup> Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава РФ, кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup> Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии Минздрава РФ имени В.П. Сербского», Москва, Россия

## РЕЗЮМЕ.

**Актуальность.** Существует недостаток исследований распространенности тревожных расстройств в России, статистические данные свидетельствуют о редком использовании российскими психиатрами диагнозов главы F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства».

**Методика.** С целью изучения практического опыта диагностики и лечения тревожных расстройств отечественными специалистами, а также для оценки относительной частоты использования диагнозов этой группы расстройств на сайте Российского общества психиатров был проведен онлайн-опрос. В опросе приняли участие 1015 психиатров из 75 регионов России. Ответы респондентов о частоте использования диагностических рубрик были сопоставлены с ответами участников опроса ВПА–ВОЗ.

**Результаты.** Диагнозы тревожных расстройств регулярно используют в своей повседневной практике (не реже 1 раза в неделю) 11,9 % респондентов опроса РОП и 33,6 % участников опроса ВПА–ВОЗ. Наиболее часто диагнозы этой группы расстройств применяют психотерапевты и респонденты, работающие в соматической сети и частной практике. Среди тревожных и связанных со стрессом расстройств чаще всего отечественные психиатры используют диагнозы смешанного тревожного и депрессивного расстройства и расстройства адаптации, которые по своей сути являются предварительными диагнозами и не всегда ведут к назначению адекватной состоянию больных терапии. Диагноз генерализованного тревожного расстройства в России устанавливается существенно реже, чем в мире, тогда как диагноз панического расстройства, наоборот, чаще. Большинство респондентов (84 %) не выставляют диагнозы тревожных расстройств в качестве вторых диагнозов у больных другими психическими расстройствами. Назначаемая при лечении тревожных расстройств российскими психиатрами терапия во многом соответствует международным клиническим рекомендациям, однако врачи широко применяют также препараты с недоказанной эффективностью, не соблюдают разработанные на основе принципов доказательной медицины терапевтические алгоритмы, в том числе в отношении последовательности назначения препаратов и длительности курсов терапии.

**Выводы.** Диагнозы тревожных расстройств используются российскими психиатрами существенно реже, чем психиатрами других стран мира. Во многом этот факт и другие особенности диагностики этой группы расстройств в России могут быть связаны с пробелами в образовательных программах, что делает необходимым совершенствование программ подготовки психиатров.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** тревожные расстройства, диагностика тревожных расстройств, терапия тревожных расстройств, генерализованное тревожное расстройство, опрос

**КОНТАКТ:** iam@s-psy.ru

## Актуальность

Согласно эпидемиологическим данным, тревожные расстройства являются самой распространенной группой психических расстройств в мире. Так, в мета-анализе эпидемиологических исследований, проведенных в разных странах мира за последние 30 лет, усредненная оценка распространенности тревожных расстройств была выше, чем других психических расстройств (включая аффективные расстройства и зависимости) с распространенностью в населении 6,7 % в течение года и 12,9 % в течение жизни [1]. К сожалению, до настоящего времени отсутствуют полноценные эпидемиологические данные о распространенности тревожных расстройств в Российской Федерации. По данным Министерства здравоохранения, в 2013 г. контингент лечившихся

в психиатрической службе в течение года больных с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (вся глава F4 МКБ-10) составил всего 0,3 % населения [2]. Можно предполагать, что истинная распространенность тревожных расстройств в России в несколько десятков раз выше, чем количество учтенных психиатрической службой случаев. При этом известно, что несвоевременная и/или неадекватная помощь лицам с тревожными расстройствами приводит к снижению качества их жизни и трудоспособности, развитию психосоматических заболеваний, неблагоприятной динамике имеющихся соматических болезней, что влечет серьезные затраты для здравоохранения и экономики страны в целом [3].

Недостаточная диагностика тревожных расстройств в РФ может быть связана с целым рядом

факторов, в том числе с низкой частотой обращения лиц с тревожными расстройствами за помощью к специалистам-психиатрам или с плохой выявляемостью тревожных расстройств психиатрами. Тревожные и связанные со страхом расстройства – относительно новая рубрика международной классификации болезней, многие образовательные программы для психиатров в России до сих пор опираются на устаревшие концепции неврозов, грубое деление расстройств на психогенные, эндогенные и пр. Как следствие, российские психиатры могут в недостаточной степени владеть современными алгоритмами диагностики и терапии этой группы расстройств. В свою очередь, малое число случаев обращения с тревожными расстройствами может быть обусловлено как стигматизацией психиатрической помощи и недостатком знаний о психических расстройствах среди населения, так и низкой доступностью психиатрической помощи, в том числе недостаточным количеством специалистов, а также их низкой квалификацией в сфере диагностики и терапии тревожных расстройств.

Между тем в мире в последние десятилетия тревожные расстройства активно изучаются, накоплен большой массив научных данных об их генезе, клинических проявлениях и эффективных методах терапии, а в соответствии с результатами глобального опроса психиатров, проведенного совместно Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) [4], диагнозы тревожных расстройств являются одними из наиболее часто используемых психиатрами всего мира диагностических рубрик. Более того, рабочей группой по подготовке 11-го пересмотра Международной классификации болезней (МКБ) предлагается из существующей в МКБ-10 главы F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» выделить самостоятельную главу «Тревожные и связанные со страхом расстройства» (anxiety and fear-related disorders), куда войдут генерализованное тревожное расстройство (ГТР), паническое расстройство (ПР), агорафобия, специфические фобии и социофобия, и отдельно самостоятельную главу «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом» (расстройства адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство и пр.) [5].

С целью изучения практического опыта диагностики и лечения тревожных расстройств российскими специалистами, а также оценки относительной частоты использования диагнозов из этой группы расстройств Российским обществом психиатров (РОП) был проведен масштабный онлайн-опрос врачей-психиатров.

## Методика проведения опроса

Анкета была разработана в системе для проведения научных онлайн-опросов SoSci Survey (soscisurvey.de). Анкета состояла из 21 основного вопроса. В зависимости от того, выставлял ли респондент диагноз генерализованного тревожного расстройства (ГТР) в течение последнего года или

нет, ему могли быть заданы дополнительные вопросы об особенностях ведения им пациентов с ГТР (9 вопросов) или о том, почему он не использовал данный диагноз (2 вопроса). Многие вопросы состояли из нескольких разделов (пунктов). Таким образом, всего перед респондентами могло стоять от 62 до 96 вопросов. Вопросы были представлены разными типами (единственный, множественный выбор, рейтинг, оценка, визуально-аналоговые шкалы и открытые вопросы для дополнительных комментариев). Анкета включала пять разделов: 1) профессиональная подготовка и условия работы респондента; 2) обращения пациентов с тревогой; 3) диагностика тревожных расстройств; 4) особенности диагностики и ведения больных с ГТР / причина неиспользования диагноза ГТР; 5) терапия тревожных расстройств.

## Участники опроса

Анкетирование проводилось в ноябре 2016 – феврале 2017 г. Первоначально анкета была разослана в персональных письмах специалистам-психиатрам, зарегистрированным на сайте РОП (psychiatr.ru). Всего на момент опроса база адресов сайта РОП включала 3091 адрес электронной почты врачей-психиатров. В ответ на приглашение 519 респондентов приняли участие в опросе, таким образом, отклик составил 17 %, что является приемлемым показателем для онлайн-опросов такого типа. После окончания первой волны проведения опроса общедоступная ссылка на анкету была размещена на сайте РОП и в ряде врачебных социальных сетей. Во вторую волну в опросе приняли участие еще 496 врачей-психиатров. Таким образом, всего участниками опроса стали 1015 российских врачей с базовой подготовкой по психиатрии. Ответы психиатров и психиатров из других государств, полученные во вторую волну, не были включены в анализ. Полностью завершили опрос (т. е. ответили на все вопросы анкеты) 688 респондентов (68 %), остальные 327 респондентов, включенных в анализ, дали ответы хотя бы на несколько ключевых вопросов анкеты, в том числе на вопрос о частоте постановки диагнозов из группы тревожных расстройств. Среднее время, затраченное респондентами на опрос, составило 23 минуты.

73 % респондентов в качестве своей основной специальности отметили «врач-психиатр», остальные – субспециальности психиатрии (14 % – психотерапевты, по 4 % – наркологи и детские / подростковые психиатры, 2% – судебно-психиатрические эксперты). Среди участников опроса были представители 75 регионов Российской Федерации, при этом четверть респондентов представляли Москву (16 %) и Санкт-Петербург (9 %). 44 % респондентов работали в амбулаторной психиатрической службе, 25 % – в психиатрических стационарах, 15 % работали психиатрами / психотерапевтами в соматической сети (поликлиниках и многопрофильных стационарах), 15 % респондентов представляли научно-педагогический и административный состав. Средний стаж работы в психиатрии респондентов составил

16,9 лет (медиана 16,0, интерквартильный размах 8,0–23,0). Среди респондентов было 59% женщин. Большинство респондентов (81 %) не имели ученой степени, но также в опросе принял участие 141 кандидат (14 %) и 53 доктора медицинских наук (5 %). Подавляющее большинство респондентов в течение года перед опросом вели клиническую работу ( $n = 995$ , 98,0 %) и проводили диагностику психических расстройств ( $n = 960$ , 94,6 %). При статистической обработке вопросов о частоте диагностики тревожных расстройств в анализ включались только ответы респондентов, проводящих диагностику; при анализе в зависимости от места работы респонденты, указавшие два и более мест работы ( $n = 197$ , 19,4 %), исключались. При статистической обработке использовался пакет IBM SPSS 21, для сравнения количественных переменных применялся однофакторный дисперсионный анализ, для сравнения долей респондентов опроса РОП и ВПА–ВОЗ – точный критерий Фишера, порог статистической значимости был принят  $p < 0,05$ .

## Результаты

В целом психиатры, участвовавшие в опросе, оценили, что значительная доля их пациентов имеет те или иные проявления тревоги. В среднем по ответам респондентов 59,4 % их пациентов предъявляют жалобы на тревогу и/или тревожные переживания, 45,7 % имеют развернутый тревожный синдром (хроническую тревогу в сочетании с ее вегетативными проявлениями и поведением избегания), в том числе в сочетании с другой клинически значимой психопатологической симптоматикой, а 20,2 % – изолированный тревожный синдром (т. е. тревожный синдром, не являющийся составной частью других психопатологических синдромов).

Большинство респондентов в течение года, предшествовавшего опросу, выставляли своим па-

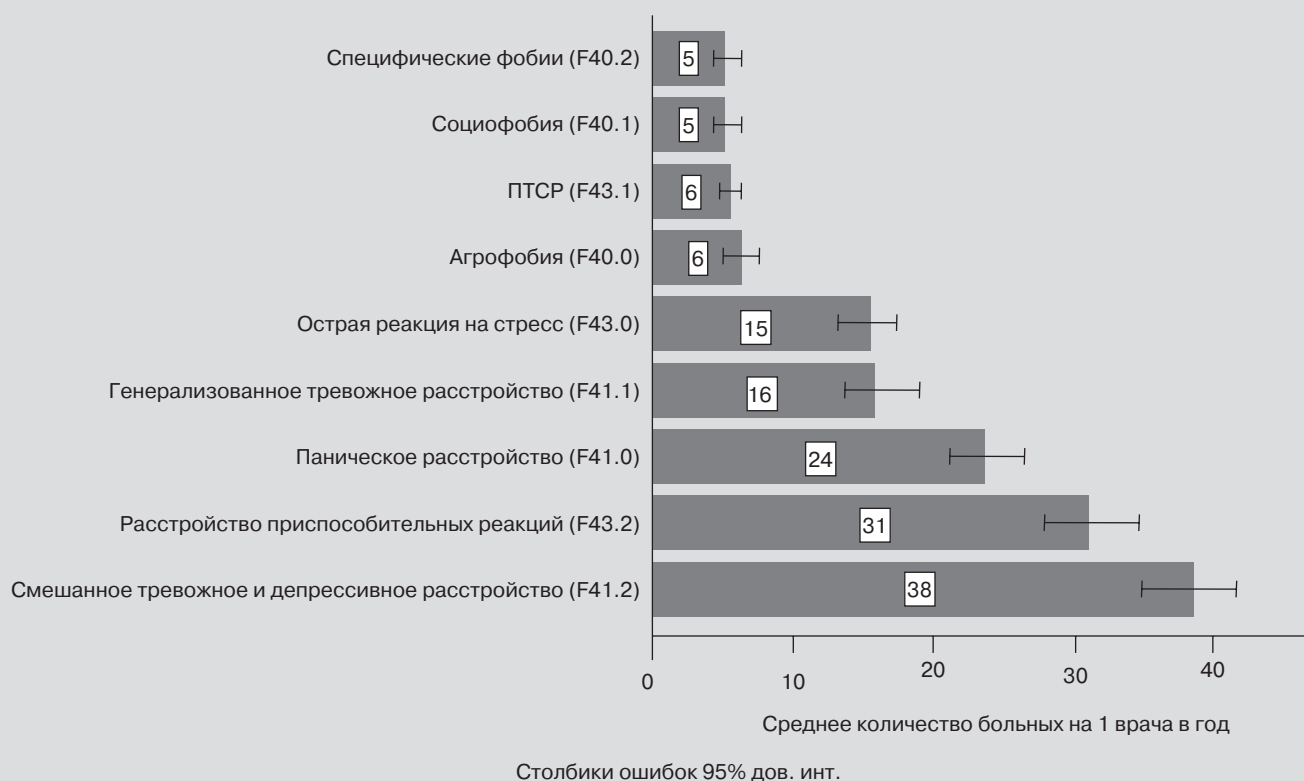
циентам диагнозы тревожных расстройств и расстройств, связанных со стрессом (рис. 1): из 960 респондентов, включенных в анализ по данному вопросу анкеты, 896 (93 %) использовали диагнозы тревожных расстройств в узком значении (т. е. ГТР, ПР, агорафобия, специфические фобии и социофобия), 949 (99 %) – диагнозы всех расстройств, включенных в анкету (т. е. тревожных расстройств, расстройств, связанных со стрессом, и смешанного тревожного и депрессивного расстройства). Наибольшее число респондентов по меньшей мере 1 раз за этот год диагностировали смешанное тревожное и депрессивное расстройство (95 % респондентов), расстройство адаптации (89 %), паническое расстройство (86,7 %), острую реакцию на стресс (85 %) и ГТР (85 %). Однако почти половина (46 %) участников ни разу за год не выставляли диагноз агорафобии, 42 % – социофобии, 38 % – специфических (изолированных) фобий, 25 % – посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Еще более существенные различия в частоте использования разных диагностических рубрик раздела тревожных и связанных со стрессом расстройств выявлены при пересчете частоты использования указанных диагнозов (в соответствии с формулировками опроса: 1–2 раза в год, 1–2 раза в месяц и т. д.) в среднем количество больных, приходящихся на одного врача за 1 год (рис. 2). Наибольшему числу пациентов респонденты выставляли диагноз смешанного тревожного и депрессивного расстройства (в среднем 38 пациентам за 1 год 1 врач), немного меньшему – расстройства приспособительных реакций (в среднем 31 пациенту), далее – панического расстройства (24 пациенту). Наименьшее число пациентов получали диагнозы специфических фобий (5,2), социофобии (5,7), ПТСР (5,8), агорафобии (6,8).

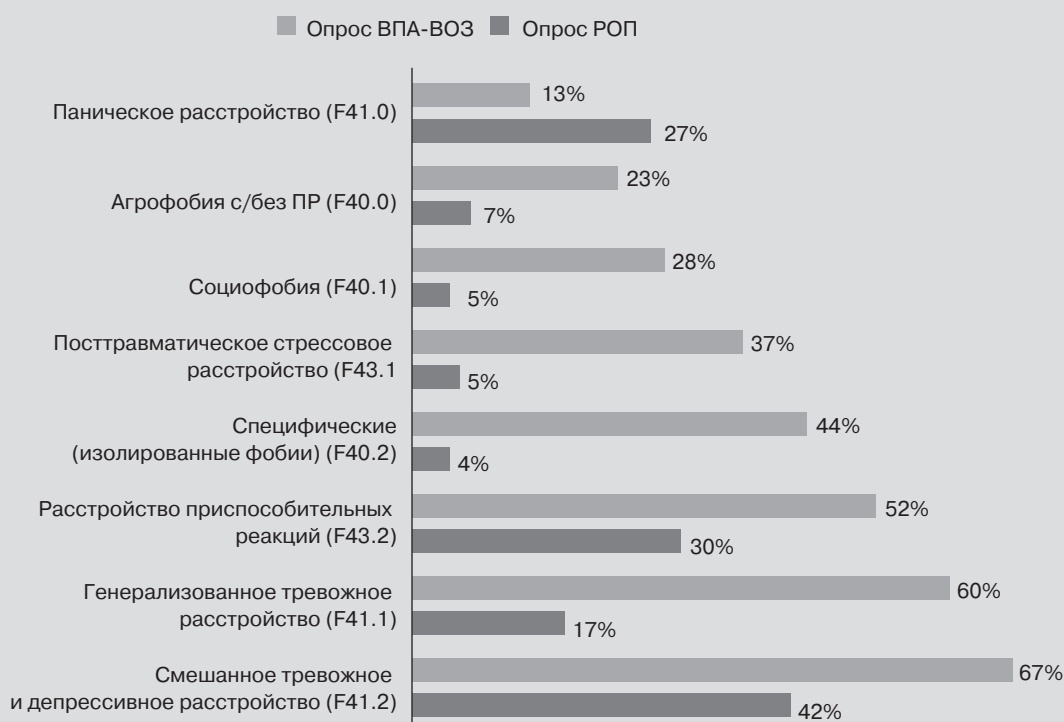
Для оценки полученных результатов было проведено сопоставление ответов участников опроса РОП



**Рисунок 1.** Доля (%) респондентов-психиатров ( $n = 960$ ), которые выставляли соответствующие диагнозы из группы тревожных, связанных со стрессом расстройств и смешанного тревожного и депрессивного расстройства хотя бы один раз в течение года, предшествовавшего опросу



**Рисунок 2.** Среднее количество больных с диагнозами тревожных, связанных со стрессом расстройств и смешанного тревожного и депрессивного расстройства на одного врача за 1 год, пересчитанное исходя из ответов респондентов ( $n = 960$ ) о частоте использования ими соответствующих диагнозов



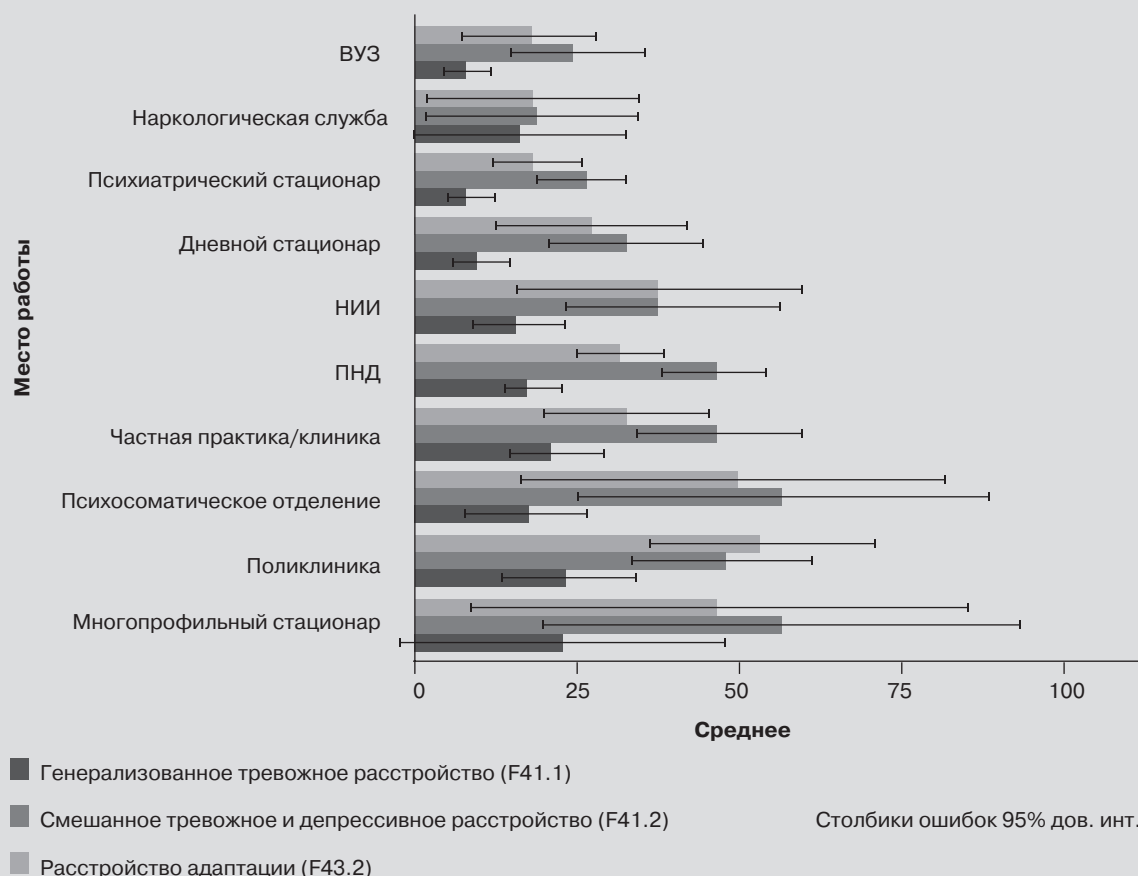
**Рисунок 3.** Доля психиатров (%), участвовавших в опросах ВПА-ВОЗ ( $n = 4887$ ) [4] и РОП ( $n = 960$ ), отметивших, что они используют соответствующие диагнозы тревожных, связанных со стрессом расстройств и смешанного тревожного и депрессивного расстройства как минимум 1 раз в неделю в своей повседневной клинической практике (диагноз «острая реакция на стресс» отсутствовал в перечне диагностических рубрик опроса ВПА-ВОЗ, в связи с чем он был исключен из сравнения)

с результатами глобального опроса психиатров, проведенного совместно ВПА и ВОЗ [4]. В опросе ВПА–ВОЗ приняли участие 4887 психиатров из 44 стран мира. В одном из вопросов респондентам было предложено отметить те диагнозы МКБ-10, которые они используют как минимум раз в неделю в своей повседневной клинической практике. При сопоставлении данных (рис. 3) выявлено, что в целом тревожные и связанные со стрессом расстройства российские врачи диагностируют реже, чем в мире: в среднем 40,5 % из числа участников опроса ВПА–ВОЗ диагностируют расстройства рассматриваемых рубрик не реже 1 раза в неделю в своей повседневной работе, в опросе РОП было только 17,2 % таких участников (в 2,3 раза меньше). Сопоставление частоты использования диагнозов в узком смысле тревожных расстройств выявило еще большие различия: среди участников опроса

ВПА–ВОЗ 33,6 % использовали соответствующие диагнозы не реже 1 раза в неделю, среди участников опроса РОП – 11,9 % (в 2,8 раз меньше). Диагноз смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2) был самым частым диагнозом этой группы в обоих опросах (67 и 42,4 % участников опроса соответственно ставят этот диагноз хотя бы 1 раз в неделю). ГТР (F41.1) был вторым по частоте диагнозом в опросе ВПА–ВОЗ и четвертым в опросе РОП, различия в частоте его использования участниками опросов были одними из самых больших (60 и 17 % соответственно). Диагноз расстройства приспособительных реакций (F43.2) был третьим по частоте диагнозом в опросе ВОЗ–ВПА и вторым в опросе РОП (52 и 30,5 %). Также по данным опроса ВПА–ВОЗ психиатры в разных странах мира существенно чаще, чем участники российского опроса, используют в своей работе диагнозы специфических

Таблица.

Сведения о респонденте		n	Суммарное среднее число больных по всем диагнозам опроса (на одного врача за 1 год)		Суммарное среднее число больных с тревожными расстройствами (на одного врача за 1 год)	
			Среднее	Стандартная ошибка среднего	Среднее	Стандартная ошибка среднего
Основная специальность	Врач-психотерапевт	146	281	17	115	9
	Врач-психиатр	793	134	6	51	3
	Детский/подростковый психиатр	41	81	13	25	7
	Врач-нарколог	48	85	21	29	9
	Врач-сексолог	5	29	13	10	6
	Судебно-психиатрический эксперт	21	16	6	4	2
Значимость (p)			< 0,0001		< 0,0001	
Место работы	Многопрофильный стационар	17	222	58	88	29
	Психосоматическое отделение	19	213	39	75	17
	Частная практика / клиника	89	200	20	93	11
	Поликлиника	81	199	23	72	11
	ПНД	231	164	13	65	6
	НИИ	32	144	26	59	13
	Дневной стационар	48	114	21	38	8
	Вуз	47	105	17	48	8
	Наркологическая служба	34	101	26	37	13
	Психиатрический стационар	238	77	8	22	3
Значимость (p)			< 0,0001		< 0,0001	
Ученая степень	Кандидат медицинских наук	149	194	8	85	11
	Не имею	863	142	6	53	3
	Доктор медицинских наук	59	113	15	56	9
Значимость (p)			0,002		< 0,0001	



**Рисунок 4.** Среднее число пациентов с ГТР, смешанным тревожным и депрессивным расстройством и расстройством приспособительных реакций (адаптации), которым респонденты выставляли диагнозы соответствующих расстройств, с распределением по месту работы респондентов

фобий, ПТСР, социофобии, агорафобии. Напротив, участники опроса РОП почти в 2 раза чаще используют диагноз панического расстройства. Все различия были статистически значимы ( $p < 0,0001$ , точный критерий Фишера).

Для оценки связи частоты использования диагнозов с основной специальностью респондентов, условиями их работы и наличием ученой степени по соответствующим группам было рассчитано среднее суммарное количество пациентов, которым респонденты выставляли данные диагнозы (см. таблицу). Полученные результаты свидетельствуют, что в целом тревожные, связанные со стрессом расстройства и смешанное тревожное и депрессивное расстройство, а также собственно тревожные и связанные со страхом расстройства наиболее часто диагностируют психотерапевты, почти в 2 раза реже – психиатры, существенно реже – представители других субспециальностей психиатрии. Наиболее часто с расстройствами этих рубрик имеют дело работники соматической сети (психиатры многопрофильных стационаров, психосоматических отделений, поликлиник), а также частной практики. Напротив, наиболее редко эти расстройства диагностируются работниками психиатрических стационаров и дневных стационаров. Различия между всеми группами были статистически значимы (одно-

факторный дисперсионный анализ).

Среднее суммарное количество **больных с диагнозами тревожных, связанных со стрессом расстройств и смешанного тревожного и депрессивного расстройства, а также суммарное количество больных с диагнозами тревожных расстройств на одного врача за 1 год, пересчитанное исходя из ответов респондентов ( $n = 960$ )** о частоте использования ими соответствующих диагнозов, с распределением по основной специальности респондентов, местом их работы и ученой степени (см. таблицу).

Диагнозы смешанного тревожного и депрессивного расстройства и расстройства адаптации все опрошенные независимо от места работы, использовали чаще, чем диагноз ГТР (рис. 4).

Для получения сведений о степени знакомства российских психиатров с современными представлениями об этиопатогенезе тревожных расстройств в опрос был включен вопрос о значении психогенных (психотравмирующих) факторов в развитии тревожных расстройств. Почти четверть респондентов (23 %) ответили, что психотравмирующие факторы имеют определяющее значение в развитии тревожных расстройств; 72 % – что они имеют значение наравне с другими факторами, такими как биологические (например, наследственность), 1 % респон-



дентов, что они не имеют никакого значения в генезе данных расстройств.

На вопрос об оправданности выделения самостоятельных диагностических категорий в группе тревожных расстройств (таких как ГТР, ПР, агорафобия, социофобия и специфические фобии) 9 % респондентов ответили, что такое выделение неправомерно и было бы правильно оставить в классификации лишь один диагноз (например, как в МКБ-9 «невроз тревоги»), 61 % респондентов отметили, что выделение самостоятельных диагнозов условно, основано лишь на особенностях клиники, но, тем не менее, имеет свой практический смысл, и лишь 26 % – что каждое из расстройств этой группы представляет собой самостоятельное заболевание, выделенное на основе особенностей патогенеза, клиники и течения.

Участники опроса отмечали, что хроническая тревога часто наблюдается у их пациентов с другими (не относящимся к тревожным) психическими расстройствами. В среднем по их оценке хроническую тревогу имеют 64 % пациентов с соматоформными расстройствами, 58 % пациентов с депрессией и бредовыми расстройствами позднего возраста, 50 % пациентов с рекуррентной депрессией, 40 % пациентов с шизофренией и т. д. При этом 84 % участников опроса отметили, что, несмотря на существенную распространенность хронической тревоги при различных психических расстройствах, они

никогда не выставляют двойные диагнозы (при этом 59 % не исключают возможность коморбидности тревожных расстройств с другими расстройствами, но не видят практического смысла в двойном диагнозе, и лишь 17 % не считают правильным постановку двух диагнозов в таких случаях).

15 % респондентов (140 человек), осуществляющих диагностику в рамках своей повседневной работы, отметили, что ни разу не использовали диагноз ГТР за прошедший год, при этом большая часть из них (84 %) не встречали больных с соответствующей симптоматикой в своей практике (среди этих респондентов почти половина были работниками психиатрических стационаров), а остальные (16 %) отметили, что не ставят диагноз ГТР, поскольку недостаточно знакомы с диагностическими критериями или для соответствующих критериям больных предпочитают использовать другие диагнозы (в комментариях эти респонденты отмечали, например, что «данный диагноз не является нозологией. Тревога – даже не синдром, это симптом», или что «диагноз ГТР для меня не объясняет этиопатогенетические механизмы возникновения тревожного расстройства», «...не позволяет выстроить и понять “модель” психического расстройства у данного пациента и механизмы его формирования»). Выбор лекарственных препаратов для терапии группы тревожных и связанных со страхом расстройств (ГТР, ПР, агорафобия, социофобия, специфические фо-



**Рисунок 5.** Доля респондентов (%), указавших, что они назначают соответствующие препараты / группы препаратов в качестве первой линии терапии при лечении тревожных расстройств

бии) участниками опроса в целом во многом совпадает с существующими международными и отечественными клиническими рекомендациями [6, 7]. На рис. 5 приведены доли респондентов, выбравших те или иные группы препаратов в качестве первой линии терапии при данных расстройствах. Две трети респондентов в качестве первой линии терапии используют препараты группы СИОЗС, а всего (для всех линий терапии) препараты этой группы в качестве необходимого компонента лечения выбрали 96 % участников опроса. После СИОЗС наиболее часто в качестве первой линии терапии респонденты выбирали атипичные анксиолитики (гидроксизин, буспирон), СИОЗСН, прегабалин, бензодиазепины, трициклические антидепрессанты.

Отдельно респондентам была сформулирована задача ранжировать восемь препаратов по порядку их назначения ими при лечении пациентов с ГТР. Если респондент не использует тот или иной препарат в лечении ГТР, он не должен был присваивать ему никакого порядкового номера. В результате наиболее часто первым назначением были СИОЗС (суммарный ранг 3740), следом с небольшим отставанием шла комбинация СИОЗС + бензодиазепин (3690), далее СИОЗСН (3009), атипичные анксиолитики (2635), прегабалин (2291), бензодиазепины (2049), амитриптилин (1980) и замыкал список кветиапин (1831).

Кроме того, 90 % респондентов отметили, что оценивают эффекты терапии в ходе лечения тревожных расстройств и принимают решение о необходимости смены препаратов в интервале с первых дней от начала терапии до 2–4 недель (32 % – через 1–2 недели, 28 % – 2–4 недели, 20 % – 4–7 дней, 8 % – 1–3 дня), и лишь 9 % – в интервале 4–6 недель.

Административные барьеры назначения и выписки рецептов на препараты также имеют существенное влияние на выбор врачами терапии тревожных расстройств. Лишь 30 % участников опроса отметили, что назначают любые препараты (в том числе предметно-количественного учета (ПКУ) и относящиеся к списку III Перечня наркотических и психотропных веществ) во всех случаях, когда это необходимо. 39 % по причине недостатка времени на выполнение формальностей назначают препараты ПКУ и списка III реже, чем сами считают это необходимым, а 26 % респондентов были вынуждены полностью отказаться от назначения таких препаратов. Причем административные преграды для назначения необходимой терапии отмечали врачи, работающие в самых разных учреждениях: наиболее часто на это указывали врачи частной практики (39 % из них полностью отказались от назначения учетных препаратов, 34 % назначают реже, чем необходимо), наиболее редко – психиатры ПНД, но даже для них эти барьеры были существенными (15 % полностью отказались, 35 % назначают реже, чем необходимо).

Подавляющее большинство респондентов (94 %) отметили, что используют те или иные методы психотерапии при лечении тревожных расстройств, при этом частота выбора вариантов ответа распределилась следующим образом (можно было выбрать

несколько вариантов ответа): «разъясняю симптоматику, подходы к ее лечению» (53 % респондентов), «отправляю к психотерапевту» (40 %), «провожу краткосрочную психотерапию (5–10 сессий)» (30 %), «провожу полноценные курсы психотерапии (более 10 сессий)» (15 %).

## Обсуждение результатов

В соответствии с полученными в ходе опроса результатами, российские психиатры реже диагностируют тревожные расстройства, чем это делают наши зарубежные коллеги. В опросе ВПА–ВОЗ, в котором участвовали психиатры 44 стран мира, доля психиатров, которые на регулярной основе используют в своей работе диагнозы тревожных расстройств, была почти в 3 раза больше доли таких психиатров в опросе РОП. Чем можно объяснить такие различия?

Если рассматривать организационные моменты, то в первую очередь можно обратить внимание на то, что тревожные расстройства в России чаще всего диагностируют психиатры соматической службы и частной практики, тогда как доля психиатров, работающих в стране в данных условиях, относительно невелика. Остальная же психиатрическая служба (в том числе амбулаторная) изолирована от других медицинских учреждений и посещается преимущественно особым контингентом пациентов с наиболее тяжелыми формами психических расстройств, что в целом усугубляет стигматизацию службы. Пациенты с тревожными расстройствами требовательны к условиям оказания помощи, несмотря на кажущуюся «легкость» симптоматики, им необходимо много внимания и времени специалистов. Большее количество пациентов с тревожными расстройствами у психиатров соматической сети и частной практики, видимо, свидетельствует о том, что основная психиатрическая служба в России стигматизирована в глазах населения и не обладает необходимыми ресурсами. Для того чтобы пациенты с тревожными расстройствами не выпадали из поля зрения психиатрической службы, требуются серьезные организационные меры: развитие амбулаторной психиатрической и психотерапевтической помощи, дестигматизация психиатрической помощи, укрепление ее связей с соматической сетью, работа по просвещению населения в отношении клиники пограничных психических расстройств и пр.

Наряду с этим сам процесс диагностики психиатрами тревожных и связанных со стрессом расстройств в России может иметь свои особенности, связанные в свою очередь с особенностями подготовки специалистов. Так, наиболее часто в этой группе расстройств врачи используют диагноз МКБ-10 F41.2 «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство». Это, вероятно, связано с недостаточно точным пониманием респондентами критериев этой рубрики (F41.2) по МКБ-10, которые подразумевают субсиндромальную выраженность тревоги и депрессии, а также отсутствие доминирующей симптоматики – симптомы тревоги и депрессии имеют примерно одинаковую выраженность.



В соответствии с диагностическими рекомендациями МКБ-10, при достаточной выраженности тревожного и депрессивного синдромов следует ставить два диагноза (например, ГТР и умеренный депрессивный эпизод), а «если из практических соображений можно установить только один диагноз, депрессии следует отдать предпочтение» [8]. Таким образом, данный диагноз должен использоваться при наиболее легких, в основном преморбидных состояниях, или в качестве предварительного диагноза на начальных этапах тревожных или аффективных расстройств. Более того, отражая критерии МКБ-10, Министерство здравоохранения РФ для F41.2 утвердило только стандарт амбулаторной помощи, в отличие, например, от диагноза ГТР, для которого стандартами оказания медицинской помощи предусмотрена возможность как амбулаторной, так и стационарной помощи [9]. При этом участники опроса, работающие в стационаре, видимо, игнорируют стандарты помощи, поскольку так же, как и респонденты, имеющие другие места работы, отмечали, что чаще используют для своих больных диагноз смешанного тревожного и депрессивного расстройства, чем диагноз ГТР (см. рис. 4).

Однако неслучайно диагноз смешанного тревожного и депрессивного расстройства пользуется популярностью у психиатров всего мира: он имеет глубокие исторические корни, поскольку тревога традиционно рассматривалась как неспецифическое проявление различных заболеваний (в том числе депрессии). О возможной независимости тревоги и депрессии стали говорить лишь с 50-х годов XX века, с момента разработки и исследования эффективности двух новых групп препаратов – анксиолитиков и антидепрессантов [10, 11]. Кроме того, диагноз F41.2 неоднозначно понимается в разных странах мира, отсутствуют единые и четкие критерии (в DSM нет этой рубрики, а критерии, имеющиеся в МКБ-10, признаны участниками опроса DGF-ВОЗ одними из самых плохих в МКБ), отмечается малая надежность диагностики, низкое прогностическое значение и большой разброс в оценках распространенности (в том числе существенное снижение частоты при наблюдении в динамике) [12].

Расстройства приспособительных реакций (адаптации) (F43.2), второй по частоте использования диагноз в соответствии с опросом РОП и третий в опросе ВПА-ВОЗ, также заслуживают отдельного внимания. В МКБ-10 [8] подчеркивается, что для постановки этого диагноза необходимо наличие достаточно серьезного психотравмирующего, стрессового события, связь симптоматики с которым достаточно очевидна, а также относительная кратковременность симптоматики. Эти аспекты определяют особенности терапии данного состояния – в большинстве случаев может быть достаточно препаратов с краткосрочным противотревожным и седативным эффектом, в отличие от тревожных расстройств, для лечения которых требуется длительное применение препаратов, способствующих становлению и удержанию ремиссии. Однако в отношении разграничения расстройств адаптации и тревожных расстройств (например, ГТР) на пра-

ктике могут возникать сложности, поскольку, согласно современным представлениям, тревожные расстройства – результат взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. Таким образом, в случае развития тревожных расстройств, несмотря на существенную роль биологической уязвимости, психотравмирующие события также имеют существенное значение, и именно на них в первую очередь склонны обращать свое внимание пациенты, объясняя причины своей симптоматики врачу.

Соответственно, диагнозы расстройства адаптации и смешанного тревожного и депрессивного расстройства скорее являются лишь предварительными диагнозами, требующими дальнейшего наблюдения больных, уточнения их состояния и терапии. Если в условиях поликлиники или многопрофильного стационара высокую частоту диагнозов смешанного тревожного и депрессивного расстройств и расстройств адаптации можно объяснить тем, что эти диагнозы могут иметь в большей степени предварительный характер, то в учреждениях, оказывающих специализированную помощь (НИИ, психиатрические стационары, дневные стационары), их высокая частота вряд ли выглядит оправданной. Однако, как видно на рис. 4, по результатам опроса соотношение частоты использования диагнозов ГТР, смешанного тревожного и депрессивного расстройства и расстройств адаптации остается примерно одинаковым вне зависимости от условий работы респондентов.

Также обращает на себя внимание низкая частота диагностики социофобии и специфических фобий, которые в исследованиях с использованием формализованных диагностических методик (например, [13]) часто оказываются наиболее распространенными расстройствами группы простых расстройств. С одной стороны, при сопоставимой с проведенным нами опросом методологии оценки эти диагнозы указываются реже некоторых других тревожных расстройств (например, в опросе ВПА-ВОЗ они «уступили» первые места другим расстройствам, в том числе ГТР, см. рис. 3), тем не менее, значимое число российских психиатров указало, что совсем их не используют. С другой стороны, большая популярность диагноза панического расстройства у российских врачей представляется не совсем обоснованной – и в эпидемиологических исследованиях паническое расстройство диагностируется существенно реже большинства тревожных расстройств [13, 14], и в соответствии с опросом ВПА-ВОЗ этот диагноз психиатры в мире используют реже других тревожных расстройств [4]. Популярность панического расстройства в нашей стране можно попытаться объяснить остротой панических атак и исключительно широкой распространенностью в странах бывшего СССР концепции «вегето-сосудистой дистонии» школы А.М. Вейна, которая, по распространенному мнению, в МКБ-10 была просто заменена на диагноз панического расстройства, поскольку наиболее яркие проявления «вегето-сосудистой дистонии» представлены именно «кризами» [15].

Также существенно и то, что подавляющее число участников опроса не используют диагнозы тревожных расстройств в качестве вторых диагнозов у больных другими психическими расстройствами, у которых дополнительно присутствует симптоматика того или иного тревожного расстройства. Являются ли в подобных случаях проявления тревоги вторичными по отношению к основному заболеванию или нет – вопрос, по современным представлениям, не имеющий однозначного ответа, однако постановка второго диагноза имеет важное практическое значение, так как позволяет не упустить необходимости назначения патогенетически обоснованного лечения и обосновать эти назначения с правовой точки зрения (назначение каждого препарата должно быть обосновано доказательными исследованиями и соответствовать зарегистрированным показаниям).

Выбор лекарственной терапии при лечении тревожных расстройств большинства респондентов в первом приближении совпадал с современными клиническими рекомендациями. В качестве первой линии терапии (см. рис. 5) респонденты выбирали в первую очередь СИОЗС и далее другие препараты, включенные в современные клинические рекомендации: атипичные анксиолитики (гидроксизин, буспирон), СИОЗСН, прегабалин, бензодиазепины, трициклические антидепрессанты [6]. Наряду с этим выбор атипичных анксиолитиков и бензодиазепинов, а также некоторых препаратов с недоказанной в отношении лечения тревожных расстройств эффективностью и не включенных в современные клинические рекомендации (ноотропы с успокаивающим действием, гомеопатические препараты и пр.) был более частым, чем может быть обосновано. Серьезным препятствием для лечения тревожных расстройств являются административные сложности для назначения препаратов ПКУ и препаратов, относящихся к списку III Перечня наркотических и психотропных веществ, однако эти ограничения могут играть положительную роль в отношении ограничения чрезмерно широкого назначения и злоупотребления бензодиазепинов.

В отношении последовательности назначения препаратов целесообразно сопоставить результаты ранжирования респондентами препаратов для лечения ГТР и алгоритма лечения ГТР, разработанного на основе принципов доказательной медицины [7]. Участники опроса в качестве первой линии выбрали СИОЗС и комбинацию СИОЗС + бензодиазепины, далее – СИОЗСН, атипичные анксиолитики (гидроксизин, буспирон), прегабалин. В соответствии с алгоритмом СИОЗС, СИОЗСН и прегабалин можно в одинаковой степени отнести к терапии первой линии ГТР, тогда как атипичные анксиолитики – только к терапии последующих линий. Таким образом, прегабалин выбирали недостаточно часто, а атипичные анксиолитики и комбинацию СИОЗС + бензодиазепины – наоборот. При оценке эффективности терапии большинство респондентов ожидают быстрого результата от своих назначений, упуская из виду, что тревожные расстройства характеризуются длительно персистирующей тревогой, и эффект терапии при этих расстройствах редко достигается быстро.

Например, в соответствии с упомянутым выше алгоритмом терапии ГТР оптимальным сроком оценки эффективности на каждом из этапов алгоритма является срок 4–6 недель, но только 10 % респондентов придерживаются этого срока в своей практике.

Тревожные расстройства являются результатом переплетения патогенетических факторов разных уровней: биологического, психологического, социального. Поэтому комплексная терапия с сочетанием биологической терапии и психотерапии может быть наиболее эффективна в лечении этой группы расстройств. Однако если фармакотерапию в лечении тревожных расстройств используют 100 % участников опроса, с психотерапией все обстоит существенно сложнее: лишь 15 % респондентов проводят полноценные курсы психотерапии (что примерно соответствует доли участников опроса, в качестве основной специальности указавших психотерапию), 30 % проводят краткосрочную психотерапию, а остальные ограничиваются устным направлением к психотерапевту или элементами психообразования.

В завершение следует указать на очевидные недостатки методики данного исследования. В первую очередь необходимо отметить невозможность экстраполировать результаты, полученные в ходе опроса, на всю популяцию врачей-психиатров Российской Федерации. Несмотря на то что в опросе приняли участие порядка 5 % всех российских психиатров, есть все основания считать, что выборка участников опроса имеет существенные смещения. Прежде всего в настоящем опросе приняли участие более молодые специалисты, которые лучше владеют информационными технологиями, больше занимаются самообразованием и работают в условиях, где чаще встречаются пациенты с тревожными расстройствами. Для более точного отражения генеральной совокупности всех врачей-психиатров РФ целесообразно проведение невыборочного сплошного опроса. Вместе с тем формат онлайн опроса позволил охватить максимально широкий диапазон участников практически из всех регионов России, с различными характеристиками рабочего процесса, опытом работы и пр., что представляется важным на этом этапе изучения диагностики тревожных расстройств в нашей стране. Кроме того, значительная свобода в принятии решения об участии в опросе, как было указано выше, скорее всего, привела к тому, что люди, регулярно занимающиеся лечением тревожных расстройств, имели большую вероятность участия в опросе. Реальные показатели выявляемости этой группы расстройств в РФ, вероятно, еще более низкие, чем полученные в данном опросе.

Еще одним ограничением, которое необходимо отметить, является оценочный характер многих вопросов анкеты: соответственно, результаты (в том числе количество поставленных диагнозов, пересчитанное на одного врача в год) представляют собой в большей степени относительные значения и не должны сопоставляться со статистическими данными или результатами эпидемиологических исследований.

## Заключение

Проведенный опрос показал, что тревожные расстройства реже диагностируются психиатрами в РФ, чем психиатрами других стран мира. Чаще всего с ними сталкиваются психиатры соматической сети и частных клиник, что может свидетельствовать о существовании неких барьеров для обращения лиц с тревожными расстройствами в психиатрическую службу. Среди тревожных и связанных со стрессом расстройств чаще всего отечественные психиатры используют диагнозы смешанного тревожного и депрессивного расстройства и расстройства адаптации, которые по своей сути являются скорее предварительными диагнозами и не всегда ведут к назначению адекватной терапии. Диагноз ГТР в России используется существенно реже, чем в мире, тогда как ПР, наоборот, чаще. Диагнозы тревожных расстройств не ставятся в качестве вторых (коморбидных) диагнозов при других психических расстройствах, несмотря на частое соответствие клиники одновременно нескольким диагностиче-

ским категориям. Назначаемая при лечении тревожных расстройств российскими психиатрами фармакотерапия во многом соответствует международным клиническим рекомендациям, однако также ими часто выбираются препараты с недоказанной эффективностью, не соблюдаются разработанные на основе принципов доказательной медицины терапевтические алгоритмы, в том числе в отношении последовательности назначений препаратов и длительности курсов терапии. Ответы респондентов свидетельствуют о существовании организационных препятствий, связанных с процедурами назначения препаратов ПКУ и списка III и усложнением выписки рецептов.

Полученные в ходе опроса результаты свидетельствуют о необходимости уделять больше внимания как рассмотрению в образовательных программах для психиатров современных подходов к диагностике и терапии тревожных расстройств, так и вопросам преодоления различных барьеров, препятствующих обращению лиц с тревожными расстройствами в психиатрическую службу.

## ЛИТЕРАТУРА

## REFERENCES

- Steel Z., Marnane C., Iranpour C. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013 // *International Journal of Epidemiology*. – 2014. Vol. 43 (2). – P. 476–493.
- Демчева Н.К., Яздовская А.В., Сидорюк О.В. и др. Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005–2013 гг.): Статистический справочник. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. – 572 с.
- Kessler R.S., Greenberg P.G. The economic burden of anxiety and stress disorders in *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress* / Ed. by Kenneth L. Davis, Dennis Charney, Joseph T. Coyle, and Charles Nemeroff. – American College of Neuropsychopharmacology, 2002.
- 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). – P. 118–131.
- World Health Organization. The 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD–11) Beta Draft (Mortality and Morbidity Statistics). – URL: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#> (дата обращения: 20.04.2017).
- Bandelow B., Sher L., Bunevicius R., Hollander E., Kasper S., Zohar J., Möller H.J. WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care, WFSBP Task Force on Anxiety Disorders, OCD and PTSD. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care // *Int J Psychiatry Clin Pract.* – 2012. – Vol. 16 (2). – P. 77–84.
- Мосолов С.Н., Алфимов П.В. Алгоритм биологической терапии генерализованного тревожного расстройства // *Современная терапия психических расстройств*. – 2015. – № 2. – С. 24–28.
- Психические расстройства и расстройства поведения (класс V МКБ–10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / под общ. ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. – М.: Минздрав России, 1998. – 512 с.
- Справочная информация: «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи». – URL: <http://www.consultant.ru/c=ons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=141711#0> (дата обращения: 20.04.2017).
- Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия. – М.: АртИнфо Паблишинг, 2007. – 63 с.
- Мосолов С.Н. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике). – М.: Социально-политическая мысль, 2012. – 1080 с.
- Möller H.-J., Bandelow B., Volz H.-P., Barnikol U.B., Seifritz E., Kasper S. The relevance of "mixed anxiety and depression" as a diagnostic category in clinical practice // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2016. – Vol. 266 (8). – P. 725–736.
- Steel Z., Marnane C., Iranpour C. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013 // *International Journal of Epidemiology*. – 2014. Vol. 43 (2). – P. 476–493.
- Demcheva N.K., Yazdovskaya A.V., Sidoryuk O.V. i dr. Epidemiologicheskie pokazateli i pokazateli deyatel'nosti psikiatricheskikh sluzhb v Rossiiskoi Federatsii (2005–2013 gg.): Statisticheskii spravochnik. – M.: FGBU «FMITSPN im. V.P. Serbskogo» Minzdrava Rossii, 2015. – 572 s.
- Kessler R.S., Greenberg P.G. The economic burden of anxiety and stress disorders in *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress* / Ed. by Kenneth L. Davis, Dennis Charney, Joseph T. Coyle, and Charles Nemeroff. – American College of Neuropsychopharmacology, 2002.
- 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). – P. 118–131.
- World Health Organization. The 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD–11) Beta Draft (Mortality and Morbidity Statistics). – URL: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#> (дата обращения: 20.04.2017).
- Bandelow B., Sher L., Bunevicius R., Hollander E., Kasper S., Zohar J., Möller H.J. WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care, WFSBP Task Force on Anxiety Disorders, OCD and PTSD. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care // *Int J Psychiatry Clin Pract.* – 2012. – Vol. 16 (2). – P. 77–84.
- Mosolov S.N., Alfimov P.V. Algoritm biologicheskoi terapii generalizovannogo trevoznogo rasstroistva // *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv*. – 2015. – № 2. – S. 24–28.
- Psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniya (klass V MKB–10, adaptirovanniy dlya ispolzovaniya v Rossiiskoi Federatsii) / pod obshch. red. B.A. Kazakovtseva, V.B. Gollanda. – M.: Minzdrav Rossii, 1998. – 512 s.
- Spravochnaya informatsiya: «Poryadki okazaniya meditsinskoi pomoshchi i standarty meditsinskoi pomoshchi». – URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=141711#0> (дата обращения: 20.04.2017).
- Mosolov S.N. Trevozhnye i depressivnye rasstroistva: komorbidnost' i terapiya. – M.: Artinfo Publishing, 2007. – 63 s.
- Mosolov S.N. Biologicheskie metody terapii psikhicheskikh rasstroistv (dokazatel'naya meditsina – klinicheskoi praktike). – M.: Sotsial'no-politicheskaya mysl', 2012. – 1080 s.
- Möller H.-J., Bandelow B., Volz H.-P., Barnikol U.B., Seifritz E., Kasper S. The relevance of "mixed anxiety and depression" as a diagnostic category in clinical practice // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2016. – Vol. 266 (8). – P. 725–736.

13. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Walters E.E. Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) // Archives of general psychiatry. – 2005. – Vol. 62 (6). – P. 617–627.
14. Remes O., Brayne C., van der Linde R., Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations // Brain and Behavior. – 2016. – Vol. 6 (7). – e00497. – DOI:10.1002/brb3.497.
15. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегето-сосудистая дистония. – М.: Медицина, 1981. – 318 с.
13. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Walters E.E. Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) // Archives of general psychiatry. – 2005. – Vol. 62 (6). – P. 617–627.
14. Remes O., Brayne C., van der Linde R., Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations // Brain and Behavior. – 2016. – Vol. 6 (7). – e00497. – DOI:10.1002/brb3.497
15. Vein A.M., Solovieva A.D., Kolosova O.A. Vegeto-sosudistaya distoniya. – M.: Meditsina, 1981. – 318 с.

## Diagnosis and treatment of Anxiety Disorders in Russia: The Results of a Web-based Survey of Psychiatrists

N.G. Neznanov<sup>1, 2</sup>, I.A. Martynikhin<sup>2</sup>, S.N. Mosolov<sup>3</sup>

<sup>1</sup> St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg, Russia

<sup>2</sup> Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia

<sup>3</sup> Moscow Research Institute of Psychiatry, Moscow, Russia

### SUMMARY:

**Introduction.** There is a lack of data of the prevalence of anxiety disorders in Russia; the official statistic shows a rare usage of diagnoses of whole chapter F4 "Neurotic, stress-related and somatoform disorders".

**Objective and methods.** In order to evaluate the practical experience of diagnosis and treatment of anxiety disorders by Russian psychiatrists, as well as assessing the relative frequency of these diagnoses utilization, an online survey was conducted by Russian Society of Psychiatrists. 1015 psychiatrists from 75 regions of Russia took part in the survey. Respondents' answers regarding the frequency of the use of the diagnostic categories were compared with data from the WPA-WHO survey.

**Results.** Percentage of participating psychiatrists indicating that they use diagnosis of anxiety disorders at least once a week in their day-to-day clinical practice was 11,9 % in the RSP survey and 33,6 % in the WPA-WHO survey. Most often diagnoses of these disorders are used by psychotherapists and respondents working in the somatic network and private practice. Among anxious and stress-related disorders, most often Russian psychiatrists use the diagnoses of "mixed anxiety and depressive disorder" and "adjustment disorders", which in their essence are preliminary diagnoses and often do not lead to the appointment of an adequate therapy. The diagnosis of generalized anxiety disorder in Russia is used much less often than in the world, whereas panic disorder, on the contrary, is more frequent. Most respondents (84 %) do not diagnose anxiety disorders as second diagnoses in people who suffer from other mental disorders. The treatment of anxiety disorders by Russian psychiatrists is largely in line with international clinical guidelines, but doctors also widely prescribe drugs with unproven efficacy, and do not follow the therapeutic algorithms in the sequence of prescribing drugs and the duration of therapy.

**Conclusions.** Diagnoses of anxiety disorders are used by Russian psychiatrists much less often than by psychiatrists from other countries. Increasing attention to anxiety disorders in the psychiatrists' education programs may improve its diagnosis and treatment.

**KEY WORDS:** anxiety disorders, diagnosis of anxiety disorders, treatment of anxiety disorders, Generalized Anxiety Disorder, survey

**CONTACT:** iam@s-psy.ru