

Клинические рекомендации  
Паническое расстройство

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: F41.1

Возрастная группа: дети

Год утверждения: **2021**

Разработчик клинической рекомендации:  
Российское общество психиатров

## Оглавление

Оглавление .....	2
Список сокращений .....	3
Термины и определения .....	3
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) .....	5
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ..	5
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	5
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	5
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем .....	5
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	6
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	6
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики .....	8
2.1 Жалобы и анамнез .....	8
2.2 Физикальное обследование .....	10
2.3 Лабораторные диагностические исследования .....	10
2.4 Инструментальные диагностические исследования .....	10
2.5 Иные диагностические исследования .....	11
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения .....	12
3.1 Психотерапия .....	12
3.2 Психотерапия .....	12
3.3 Лечение препаратами из группы трициклических антидепрессантов .....	13
3.4 Психотерапия .....	14
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации .....	15
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики .....	16
6. Организация оказания медицинской помощи .....	16
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) .....	17
Критерии оценки качества медицинской помощи .....	17
Список литературы .....	19
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций .....	26
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	28
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата .....	29
Приложение Б. Алгоритмы действий врача .....	30
Приложение В. Информация для пациента .....	31
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях .....	33

### Список сокращений

**АТХ** — анатомо-терапевтическо-химическая классификация лекарственных препаратов  
**ВОЗ** – всемирная организация здравоохранения

**МКБ-10** – международная классификация болезней 10 пересмотра

**МРТ** – магнитно-резонансная томография

**ПАВ** – психоактивные вещества

**ПА** – паническая атака

**ПР** – паническое расстройство

**СИОЗС** – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

**УДД** – уровень достоверности доказательств

**УУР** – уровень убедительности рекомендаций

**МОДТ** - Многомерная оценка детской тревожности

**МРТ** – функциональная магнитно-резонансная томография

**DSM-V** - Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания

\*\* – препарат входит в список «Жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты»

# - в инструкции по применению не указано данное заболевание или расстройство

### Термины и определения

**Паническая атака (паника)** – четко очерченный кратковременный эпизод интенсивной тревоги с внезапным началом, достигающий максимума в течение нескольких минут, сопровождающийся беспокойством и/или страхом смерти или потери контроля в сочетании с выраженными соматовегетативными нарушениями.

**Тревога** – это отрицательно окрашенная эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия. В отличие от причин страха, причины тревоги обычно не осознаются, но она предотвращает участие человека в потенциально вредном поведении, или побуждает его к действиям по повышению вероятности благополучного исхода событий.

**Психофармакотерапия** – это применение психотропных лекарственных средств в лечении психических расстройств.

**Психотерапия** – это система лечебного воздействия на психику человека, а через психику и посредством нее на весь организм человека.

## **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

### **1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Паническое расстройство (F 41.0) – периодически повторяющиеся приступы паники, возникающие спонтанно, внезапно, без видимой связи с внешними раздражителями и сопровождающиеся соматовегетативными симптомами, страхом смерти, потери контроля или сойти с ума. Часто сопровождается опасениями по поводу будущих приступов, изменениями в поведении, чтобы избежать ситуаций, которые могут способствовать возникновению приступов (агарофобией) [1] [2] [3] [4] [5] [6].

### **1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Этиология и патогенез ПР в настоящее время изучены недостаточно. В этиологии ПР значительную роль играют психогенные факторы на фоне биологической и психосоциальной предрасположенности [1] [2] [3]:

- шоковые и субшоковые психические травмы, вызывающие острый испуг с выраженной вегето-висцеральной симптоматикой [7] [8] [9] [10] [11] [12];

- затяжные и хронические психотравмирующие ситуации (у детей - длительная разлука с близкими, тяжёлая болезнь родителей, сепарационная тревога в детстве, издевательства в школе, проблемы в общении и др.) [13] [14] [15]. Многие пациенты отмечают наличие конкретных ситуаций напряжения, ~~присущих~~ первой ПА (физическое недомогание, побочные эффекты при приеме препаратов, общий наркоз и др.), в ряде случаев эта связь устанавливается в процессе психотерапии [14] [16] [17].

- играет роль интенсификация психогенных нагрузок в случае несоответствия процессов обучения адаптационным возможностям ребенка [18].

К биологическим и психосоциальным факторам риска появления тревожных расстройств в детском возрасте относятся [1] [2] [3] [11] [14] [15] [19] [20]:

- личностные особенности – особое значение имеют тревожно-мнительные черты характера и проявления психической незрелости в виде повышенной впечатлительности и внушаемости, предрасположенности к негативной оценке различных проявлений тревоги и представлениях об их негативных последствиях для здоровья). Отдельным фактором рассматривается склонность к тревожным ~~туманам~~ проминациям, размышлениям по поводу паники [10] [11] [13] [15] [16];

- генетические факторы, специфические гены не определены, имеется мультифакториальная генетическая предрасположенность [20] [21] [22] [23];

- физиологические факторы в виде: дисфункции верхнетеменной ассоциативной коры, парагиппокампальной извилины, таламуса, хвостатого ядра и амигдаларного отдела мозга, неравномерности созревания различных мозговых структур, в частности с повышенной активацией префронтальной зоны [24] [25] [26] [27]; нарушения вегетативной регуляции вследствие натальных и постнатальных травм, нейроинфекций, интоксикаций [28];

- семейные факторы:

- имеется повышенный риск заболеть ПР, если родители страдают тревожным, депрессивным или биполярным расстройствами [1] [29] [30];

- нарушения детско-родительских отношений в виде авторитарности, «чрезмерно-контролирующего» стиля воспитания, потворствующей гиперпротекции с тревожными опасениями родителей по поводу здоровья ребёнка [13] [31] [32];
- наличие плохого обращения в детстве, сексуального и физического насилия в анамнезе пациентов с ПР встречаются чаще, чем при других тревожных расстройствах [15];

- психологические факторы [2] [4] [16] [14]:

- когнитивные – это когнитивные искажения, связанные с реакцией на угрозу, нетерпимость к неопределенности (на эмоциональном, когнитивном, поведенческом уровне), заученное поведение (например, избегание) [33];
- поведенческая ингибиция – чувство подавленности, возникающее при контакте с незнакомыми людьми или в незнакомых обстоятельствах, повышает риск тревожных расстройств (в том числе, ПР и др.) [34];

- употребление психоактивных веществ:

- употребление каннабиса и синтетических каннабиноидов в подростковом возрасте увеличивает риск развития тревожных расстройств даже у лиц, прекративших его употреблять [35] вследствие уменьшения объемов серого вещества и дисфункции в кортикальных структурах (клиновидная, прекунеусная, островковая, нижняя лобная извилина/вентролатеральная префронтальная кора и поясная извилина) [36];
- выявлена взаимосвязь между употреблением алкоголя подростками и ПР [37];

- экологические факторы (загрязнение воздуха ртутью и другими вредными веществами) увеличивает формирование тревожных расстройств у детей [38] [39].

У детей и подростков с ПР имеется сочетание различных вышеописанных факторов, среди которых у каждого конкретного пациента могут быть индивидуальные особенности [13] [14].

### **1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

ПР наступает позднее других тревожных расстройств в детско-подростковом возрасте, регистрируется у 1-5% подростков. Заболеваемость повышается с возрастом: в 13-14 лет – 1,8%, 15-16 лет – 2,3%, 17-18 лет – 3,3% [6] [41] [42] [43].

Данных по эпидемиологии ПР у детей в РФ не найдено.

### **1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

Для классификации и диагностики ПР как у взрослых, так и у детей, в настоящее время во всем мире используются две основные классификации, имеющие статус международных: МКБ-10 и Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM-V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), разработанное Американской психиатрической ассоциацией. В России используется Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации [44,45]. Диагностические и классификационные рубрики, используемые в МКБ-10, приведены в разделе 1.6. настоящих клинических рекомендаций.

F41.0 – паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)

F41.00 ПР умеренной степени – по меньшей мере 4 панические атаки в четырехнедельный период

F41.01 ПР тяжелой степени – по меньшей мере четыре панических атаки в неделю за четыре недели наблюдения

В МКБ-10 и DSM-V нет специфических критериев для постановки диагноза ПР в детском возрасте [44] [45].

### **1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

#### **Кодирование по Международной классификации болезней [МКБ-10] [44]:**

F41.0 Панические расстройства (эпизодическая пароксизмальная тревога)

### **1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Согласно критериям МКБ-10 (рубрика - F41.0) для ПР (эпизодическая пароксизмальная тревога) характерны [44] [46]:

*А. Рекуррентные панические атаки*, не связанные со специфическими ситуациями или предметами, а часто случающиеся спонтанно (эти эпизоды непредсказуемы). Панические атаки не связаны с заметным напряжением или с проявлением опасности или угрозы жизни.

*Б Паническая атака характеризуется всеми следующими признаками:*

- 1) это дискретный эпизод интенсивного страха или дискомфорта;
- 2) она начинается внезапно;
- 3) она достигает максимума в течение нескольких минут и длится по меньшей мере несколько минут;
- 4) должны присутствовать минимум 4 симптома из числа нижеперечисленных, причем один из них должен быть из перечня

*Вегетативные симптомы:*

- а) усиленное или учащенное сердцебиение;
- б) потливость;
- в) дрожание или тремор;
- г) сухость во рту (не обусловленная приемом препаратов или дегидратацией).

*Симптомы, относящиеся к груди и животу:*

- д) затруднения в дыхании;
- е) чувство удушья;
- ж) боли или дискомфорт в груди;
- з) тошнота или абдоминальный дистресс (например, жжение в желудке).

*Симптомы, относящиеся к психическому состоянию:*

- и) чувство головокружения, неустойчивости, обморочности;
- к) ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «находится не здесь» (деперсонализация);
- л) страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти;
- м) страх умереть.

*Общие симптомы:*

- н) приливы или чувство озноба;
- о) онемение или ощущение покалывания.

*Наиболее часто используемые критерии исключения.*

Приступы паники не обусловлены физическим расстройством, органическим психическим расстройством (F00-F09) или другим психическим расстройством, таким как шизофрения и связанные с ней расстройства (F20-F29), (аффективные) расстройства настроения (F30-F39) или соматоформные расстройства (F45).

Наиболее яркими симптомами ПР являются ПА. Проявления ПА у детей и подростков мало чем отличаются от симптомов, характерных для взрослых, но переживаются тяжелее, они более драматичны, эмоционально окрашены (например, с криком, плачем и гипервентиляцией), что связано со склонностью к катастрофизации, ощущением беспомощности и выраженной сенситивностью [1] [2] [3] [47].

На высоте ПА дети и подростки охвачены страхом, с трудом поддаются разубеждению, не верят в возможность выздоровления, ажитированы, испытывают тягостные телесные ощущения: часто жалуются на остановку сердца, ощущение недостатка воздуха, затруднённое глотание, высказывают опасения или уверенность в наличии тяжёлого заболевания, неминуемой смерти, требуют немедленно вызвать врача. При этом имеют место разнообразные вегетативные расстройства с преобладанием симпат-адреналовой симптоматики: озноб, дрожь, учащённое сердцебиение, повышение АД, сухость во рту, бледность, затем гиперемия кожных покровов с повышенной потливостью и одышкой. Приступ может завершиться повышенным мочеотделением. У подростков (чаще у девочек) приступы нередко сопровождаются психосенсорными нарушениями (больше как нарушение схемы тела), а также явлениями деперсонализации и дереализации [1] [2] [13] [47].

При ПА с преимущественно вегетативно-висцеральной симптоматикой могут встречаться различные комбинации симптомов со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также - желудочно-кишечного тракта. Особенно ярко проявляются эти изменения у подростков при гипервентиляционных кризах с учащением дыхания, мышечными подергиваниями, парестезиями, ознобом, потливостью и др. Данные симптомы вызывают значительное беспокойство родителей и окружающих [3] [13].

ПР у взрослых приводит к изменениям в поведении [15]. Однако у детей и подростков 10-12 лет данных симптомов может не наблюдаться в связи с недостаточным когнитивным развитием и сложностями с изменением поведения для избегания ситуаций, которые, по их мнению, связаны с ПА.

Однако дети более старшего возраста и подростки, несмотря на спонтанность первых ПА, со временем начинают соотносить их с определенными ситуациями. Стремление избежать данных ситуаций, может привести к агорофобии. Избегающее поведение считается агорофобией, если оно сильно ухудшает нормальную деятельность с формированием защитных формы поведения: дети не выходят на улицу, требуют постоянного присутствия родственников рядом, отказываются посещать школу, торговые центры и др. В последующем страх ПА может сопровождаться общей тревогой, напряжённостью, немотивированной агрессией, формированием психопатологических черт характера [1] [2] [13] [14].

ПА могут происходить сами по себе или быть коморбидными с другими тревожными расстройствами (например, агорофобией, сепарационной тревогой, социальным тревожным расстройством), другими психическими расстройствами (например, обсессивно-компульсивным расстройством), возникать на фоне соматических заболеваний или быть коморбидными с ними (например, с бронхиальной астмой). Панические атаки могут вызвать приступ астмы, и наоборот. Тщательная проверка на

наличие других психических расстройств (например, обсессивно-компульсивного расстройства) необходима, поскольку любое из этих расстройств может быть основной проблемой, вызывающей в качестве симптома панические приступы [1] [2] [6] [14].

**2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики  
Критерии установления диагноза/состояния (исследовательские диагностические критерии по МКБ-10):**

Общие критерии установления диагноза ПР изложены в разделе 1.6 настоящих клинических рекомендаций. Для их выявления и верификации необходимы и достаточны данные:

- 1) объективного и субъективного анамнеза,
- 2) клинического психопатологического осмотра,
- 3) клинического патопсихологического исследования,
- 4) лабораторных исследований,
- 5) инструментальных обследований.

**2.1 Жалобы и анамнез**

**Рекомендуется:** Сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии (код услуги - А01.29.001) всем детям с подозрением на ПР для выявления имеющих значение для диагностики обстоятельств [1] [3] [4] [13] [14] [15].

Уровень убедительности рекомендаций – В  
Уровень достоверности доказательств – 2

**Комментарий:** Сбор жалоб и анамнеза осуществляется врачом-психиатром. Сведения, необходимые для полноценного выяснения объективного анамнеза, могут содержаться в медицинской документации, характеристиках из дошкольных и школьных учреждений и/или быть сообщены родителями (иными законными представителями) несовершеннолетнего. Данные объективного анамнеза выясняются у родителей ребенка с подозрением на ПР путем структурированного расспроса, осуществляемого, как правило, в хронологической последовательности. При сборе жалоб необходимо уточнить характер ПА, соматовегетативные симптомы и исключить наличие других видов тревожных расстройств согласно МКБ-10 (см. п. 1.6).

При подозрении на диагноз ПР следует спросить у пациента и родителей (законных представителей):

- бывают ли у ребенка внезапные приступы сильного страха или дискомфорта, которые появляются спонтанно? Если ответ: «Да», то следует уточнить:

- соматовегетативную симптоматику приступов, их продолжительность и частоту, вероятную причину их возникновения;

- имеются ли у пациента страх и переживания по поводу повторения приступа;

- произошли ли какие-либо изменения в поведении у пациента в связи с ПА.

Следует выяснить:

1) наличие стрессовых факторов в жизни ребенка, переживания по поводу смерти или разлуки с родителями, значимыми людьми, расставания с друзьями, любимым человеком, межличностные проблемы, актуальные сомнения и опасения;



- 2) наличие в семье или у близких родственников панических, тревожных, фобических и других психических расстройств;
- 3) особенности течения беременности и родов, включая наличие патологии или воздействия неблагоприятных факторов;
- 4) стиль воспитания с выявлением сверхтревожности и гиперопекаемости со стороны родителей пациента;
- 5) особенности раннего развития, включая физическое и психическое развитие, коммуникативные навыки, навыки самообслуживания, знания об окружающем мире, характер игровой деятельности;
- 6) личностные особенности (тревожность, мнительность, инфантильность, склонность к сомнениям, сенситивность, негативная настроенность и др.);
- 7) особенности течения кризисных периодов возрастного развития;
- 8) особенности адаптации к детскому саду и школе, характер взаимодействия со сверстниками и педагогами, успешность в освоении программы обучения;
- 9) психическое состояние в разные возрастные периоды, особенности поведения, наличие симптомов тревожных расстройств, их динамики;
- 10) наличие ранее диагностированных психических расстройств, соматовегетативной симптоматики функционального характера, динамика, лечение, его эффективность, переносимость отдельных лекарственных препаратов;
- 11) особенности протекания настоящего периода болезни, непосредственно предшествующего обращению за психиатрической помощью.

**Рекомендуется:** Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского первичный (код услуги - В01.035.003) всем детям с подозрением на ПР для постановки диагноза [1] [3] [4] [13] [14] [15] [29] [30] [40].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Рекомендуется:** Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского повторный (код услуги - В01.035.008) всем детям с установленным диагнозом ПР для контроля психического состояния и терапии [1] [3] [4] [13] [14] [15] [29] [30] [40].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Комментарий:** *диагноз ПР устанавливается на основании полученных объективных и субъективных данных анамнеза, выявленных в ходе текущего осмотра врачом-психиатром симптомов, формирующих клиническую картину, соответствующую критериям диагностики МКБ-10 (см. раздел 1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний настоящих клинических рекомендаций).*

**Рекомендуется:** Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога первичный (код услуги - В01.036.001) детям с подозрением на употребление наркотических или иных психоактивных веществ (ПАВ) с целью исключения ПА, вызванных употреблением ПАВ [35] [36] [37].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

## **2.2 Физикальное обследование**

**Рекомендуется:** Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный (код услуги - В01.031.001) всем детям с подозрением на ПР для дифференциального диагноза с соматическими заболеваниями и выявления сопутствующих соматических и функциональных расстройств, оценки противопоказаний и возможных побочных эффектов терапии [1] [2] [3] [4] [6] [13] [14] [15].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Рекомендуется:** Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (код услуги - В01.023.001) всем детям с подозрением на ПР для дифференциального диагноза и выявления сопутствующих неврологических расстройств, оценки противопоказаний и возможных побочных эффектов терапии [1] [3] [4] [8] [13] [15] [28].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Комментарий:** для диагностики ПР у детей и подростков физикальное и лабораторно-инструментальные обследования имеют значение, т.к. похожая симптоматика может быть следствием органического поражения головного мозга, соматической, эндокринной патологии и др. или сочетаться с ними, что может существенным образом влиять на тактику терапии, в том числе на перечень используемых лекарственных препаратов и иных терапевтических воздействий.

Назначение лабораторных диагностических исследований (смотри раздел 2.3. настоящих клинических рекомендаций) и инструментальных диагностических исследований (смотри раздел 2.4. настоящих клинических рекомендаций), консультаций врачей-специалистов является компетенцией врача-педиатра и врача-невролога.

## **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

Непосредственно для диагностики ПР у детей данные лабораторных диагностических исследований не имеют решающего значения. В то же время данные лабораторных диагностических исследований имеют важное значение для выявления сопутствующих ПР расстройств (например, общесоматической, эндокринной патологии), выявление которых может существенным образом влиять на тактику терапии, в том числе на перечень используемых лекарственных препаратов и иных терапевтических воздействий. Назначение лабораторных диагностических исследований и инструментальных диагностических исследований (смотри раздел 2.2. настоящих клинических рекомендаций), консультаций врачей-специалистов является, по преимуществу, компетенцией врача-педиатра и врача-невролога.

## **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

В случае подозрения на неврологическое заболевание или иную патологию, электроэнцефалография и компьютерная томография головного мозга и другие исследования будут назначены врачом-неврологом или другими специалистами (см. 2.2. настоящих клинических рекомендаций) в рамках диагностики указанных выше состояний.

*В современных исследованиях получено много данных, свидетельствующих о статистически прослеживаемой связи между особенностями анатомии мозга и отдельных его структур, наличием и характером ПР у детей и подростков, однако непосредственно для диагностики ПР у детей данные ЭЭГ и компьютерной томографии, других исследований не имеют решающего значения.*

## **2.5 Иные диагностические исследования**

**Рекомендуется:** Клинико-психологическое психодиагностическое обследование (код услуги - А13.29.001 и/или А13.29.003.001) проводить всем детям с подозрением на ГТР для оценки высших психических функций и создания индивидуального плана психокоррекции и медицинской реабилитации [1] [2] [3] [28] [46] [48] [57] [70].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Рекомендуется:** Клинико-психологическое психодиагностическое обследование (код услуги - А13.29.001 и/или А13.29.003.001) всем детям с подозрением на ПР для оценки тревожности проводить тест «Многомерная оценка детской тревожности» [50] [51] [52] [53]

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Комментарий:** В качестве основной и наиболее продуктивной методики для определения тревожности у детей может быть предложена Многомерная оценка детской тревожности (МОДТ) (Малкова Е.Е. (Ромицына), 2007) для детей и подростков с 7 до 18 лет (см. Приложение Г1).

Для оценки выраженности клинических проявлений ПР может быть предложена Panic Disorder Severity Scale (PDSS) – Шкала тяжести панического расстройства [10, 54].

## **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

Психофармакотерапия (код услуги - А25.29.001) – при ПР у детей и подростков используется в составе комплексной терапевтической помощи в сочетании с психотерапией. Лечение медикаментами детей и подростков требует большой осторожности и сугубо индивидуального подхода как в выборе препарата, так и его доз. Психотропные препараты имеют, помимо лечебного, мощные и разнообразные побочные эффекты, которые могут неблагоприятно влиять на физическое и личностное развитие детей и подростков. Смещение терапевтических мероприятий в сторону медикаментозного лечения должно рассматриваться в зависимости от выраженности и частоты симптомов ПР при отсутствии явного положительного эффекта от психотерапевтического воздействия [1] [2] [7] [46] [57] [58] [59] [70] [87] [92] [94].

**Примечание:** пациентам с установленным диагнозом ПР препараты, имеющие возрастные ограничения и при отсутствии ссылки на показание к назначению при ПР

*и/или тревожных расстройствах в инструкции рекомендуется назначать обоснованно через врачебную комиссию см. приложение АЗ.*

### **3.1 Лечение препаратами из группы селективных антидепрессантов**

**Рекомендуется:** Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) пациентам с установленным диагнозом ПР для купирования панических атак и тревоги— антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) [1] [3] [6] [14] [15] [47] [48] [62] [63] [64] [70] [71] [74] [76] [78] [79] [85] [86] [88] [93] [96] [104] [105].

Уровень убедительности рекомендаций — В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Рекомендуется:** Назначение (код услуги - А25.29.001) - #сертралин\*\* - класс препарата, код по АТХ классификации: N06AB06, селективный ингибитор обратного захвата серотонина, у детей применяется с 6 лет при наличии панических атак и тревоги [2] [98] [99].

Уровень убедительности рекомендаций — В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Рекомендуется:** Назначение (код услуги - А25.29.001) - флувоксамин\*\* - класс препарата, код по АТХ классификации: N06AB08, селективный ингибитор обратного захвата серотонина, у детей применяется с 8 лет при панических атаках и тревоге [1] [2] [15] [94].

Уровень убедительности рекомендаций — В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Комментарии:** *Рекомендуется проводить долгосрочную терапию 6-12 месяцев под контролем возможных нежелательных явлений, психического и соматического статуса пациента, клинических характеристик заболевания [1] [2] [15] [94].*

*Эффект антидепрессантов развивается индивидуально в течение 2-8 недель, поэтому на первом этапе лечения целесообразно применять комбинацию с анксиолитиками, особенно при частых приступах ПА [1] [2] [56] [60] [63] [66] [68] [70] [71] [74] [76] [78] [79] [85] [88] [97].*

*К преимуществам антидепрессантов относятся хороший профиль эффективности-переносимость-безопасность, возможность однократного приема, наличие долговременного эффекта от терапии; к недостаткам - отсроченный эффект, возможный анксиогенный эффект в начале приема, необходимость титрации дозировки, негативное влияние на физиологические функции.*

*Рекомендуется предупредить пациента и его родственников о возможном развитии побочных эффектов в начале приема антидепрессантов для обеспечения комплаенса.*

*В первые недели приема целесообразно наблюдать за пациентом и контролировать прием препаратов, оценивая суицидальные риски, возможное усиление тревожной симптоматики.*

*Отслеживание нежелательных соматических эффектов осуществляется контролем за соматическим статусом не реже 1 раза в 1 месяц и состоянием общего клинического анализа крови, печеночных трансаминаз, общего анализа мочи, электрокардиографии не реже 1 раза в 3 месяца.*

### **3.2 Лечение препаратами группы анксиолитиков**

**Рекомендуется:** Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) пациентам с установленным диагнозом ПР лекарственных препаратов из группы анксиолитиков [1] [2] [3] [14] [15] [63] [66] [67] [68] [70] [71] [72] [74] [76] [78] [79] [85] [88] [97] [98].

**Рекомендуется:** Назначение (код услуги - А25.29.001) - #гидроксизин\*\* - класс препарата, код по АТХ классификации: N05BB01 анксиолитик, производный дифенилметана. Применяется у детей с 3 лет для купирования панических атак и тревоги [2] [98].

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 3

**Рекомендуется:** Назначение (код услуги - А25.29.001) - #диазепам\*\* - Класс препарата, код по АТХ классификации: N05BA01 анксиолитик, производный бензодиазепина. У детей применяется с 6 мес. при панических атаках и тревоге. [1] [2] [3] [14] [15] [68].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Рекомендуется:** Назначение (код услуги - А25.29.001) - клоназепам\*\* - Класс препарата, код по АТХ классификации: N03AE01 анксиолитик, производный бензодиазепина. У детей используется с 1 года для купирования панических атак и тревоги. По инструкции при панических расстройствах используется у взрослых. [3] [13] [74] [94] [97].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

***Комментарии:** преимуществом производных бензодиазепина является быстрый эффект, который обеспечивает быстрое купирование ПА и стабилизацию состояния. Однако, долгосрочный прием бензодиазепинов опасен развитием синдрома зависимости с повышением толерантности, синдрома отмены и феноменом неконтролируемого приема препарата «по потребности» [69] [75] [77] [80] [81] [82] [102]. В ряде исследований, имеются указания на возникновение когнитивного дефицита при длительном приеме [82] [83] [84] и развитие суицидальной настроенности [94] после отмены бензодиазепинов. Неконтролируемый прием препаратов данной группы, в особенности у пациентов с суицидальными идеями и депрессией, повышает опасность аутоагрессивного поведения и суицидальных попыток путем лекарственного отравления.*

*В связи с этим длительность их применения у детей должна быть ограничена 2-3 неделями. При назначении в комбинированной терапии вместе с антидепрессантами предпочтительно назначать их на первые недели терапии до начала эффективного действия антидепрессантов и потом постепенно отменять [15].*

### **3.3 Лечение препаратами из группы трициклических антидепрессантов**

**Рекомендуется:** Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) пациентам с установленным диагнозом ПР из группы трициклических антидепрессантов (код услуги — А25.29.001), при неэффективности терапии СИОЗС и анксиолитиками, для купирования панических атак и тревоги [15] [61] [70] [71] [76] [79] [96] [105].

**Рекомендуется:** Назначение (код услуги - А25.29.001) - имипрамин\*\* - класс препарата, код по АТХ классификации: N06AA02, трициклический антидепрессант, у детей применяется с 6 лет для купирования панических атак и тревоги [87] [105].

Уровень убедительности рекомендаций — В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Рекомендуется:** Назначение (код услуги - А25.29.001) - кломипрамин\*\* - класс препарата, код по АТХ классификации: N06AA04, трициклический антидепрессант, у детей применяется с 5 лет для купирования панических атак и тревоги [100] [101].

Уровень убедительности рекомендаций — В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Комментарии:** на практике эффективность терапии оценивается клинической выраженностью тревоги, частотой и соматовегетативных симптомов ПА, степенью социальной дезадаптации и уровнем эффективности лекарственного ответа:

1. Лечение эффективно, эффект полный - полное отсутствие тревоги и соматовегетативных симптомов ПА.

2. Лечение эффективно, эффект частичный – уровень тревоги и соматовегетативные симптомы ПА уменьшились минимум на 50 %.

3. Лечение неэффективно - уровень тревоги и соматовегетативные симптомы ПА практически не изменились.

Для клинической оценки панических атак используется Шкала тяжести панического расстройства - Panic Disorder Severity Scale (PDSS) [10, 54].

При проведении лечения психофармакопрепаратами необходимо следить за нежелательными эффектами (седация, сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или диареи, тошнота, головные боли, головокружение, нарушение координации, нарушение концентрации внимания, нарушение памяти, формирование зависимости и толерантности к препаратам и др.) с целью снижения вероятности их развития необходимо проводить оценку психического, соматического, неврологического состояния и лабораторно-инструментальный контроль.

Адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов.

К основным ошибкам медикаментозной терапии относятся

- необоснованные назначения и частая смена препаратов;
- быстрая отмена препаратов без достижения стойкой ремиссии;
- отсутствие контроля нежелательных эффектов;
- недооценка коморбидной симптоматики;
- назначение неадекватных дозы препаратов.

### **3.4 Психотерапия**

**Рекомендуется:** Психотерапия (код услуги – А13.29.001 и А13.29.008.002) В соответствии с биопсихосоциальной концепцией терапии психотерапия является неотъемлемой частью комплексного терапевтического подхода в лечении тревожных расстройств, в том числе ПР [1] [2] [5] [13] [20] [46] [47] [50] [58] [59] [60] [63] [91] [94] [97] [98].

Уровень убедительности рекомендаций - А

Уровень достоверности доказательств – 1

**Комментарии:** В соответствии с биопсихосоциальной концепцией терапии психотерапия является неотъемлемой частью комплексного терапевтического подхода в лечении ПР. При начальных симптомах ПР и в случае слабой выраженности симптоматики психотерапия может быть достаточно эффективной у детей [2]

[98].

*Наиболее эффективным является персонифицированный психотерапевтический подход с учетом психосоциальных мишеней, выявленных в процессе клинико-психологического обследования [63] [65] [70].*

**Рекомендуется:** Индивидуальная и/или групповая когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) (коды услуг - А13.29.008.001 и А13.29.008.002)

**Комментарии:** *В имеющихся источниках, отмечена эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии [1] [2] [5] [12] [15] [20] [62] [65]*

*С учетом большой роли семейных факторов в формировании тревожных состояний у детей в комплексное лечение ПР необходимо включать семейную психотерапию [46] [62] [65] [70].*

*Хорошие результаты в детском возрасте получены при использовании методик арт-терапии для снятия эмоционального напряжения, раскрытия внутренних переживаний и психотерапевтической коррекции [46] [62] [65] [70].*

*Для снятия напряжения и стабилизации соматовегетативных реакций при ПР обоснованно использовать суггестивные методики, дыхательные ауторенинги и техники мышечной релаксации [46] [58] [62] [65] [70].*

*Наибольшая эффективность снижения выраженных состояний тревоги и ПА отмечается при комбинации психотерапии и психофармакотерапии [1] [2] [5] [13] [15] [20] [47] [57] [59] [62] [67] [70] [87].*

*Эффективность лечебного психотерапевтического воздействия отмечается при проведении курса не менее 6-10 сеансов.*

*В последующем для закрепления психотерапевтического эффекта и профилактики рецидивов требуется проведение поддерживающих сеансов в течение 6-12 месяцев.*

#### **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

*Медицинская реабилитация при ПР должна осуществляться на всех этапах оказания психиатрической помощи. Она направлена на формирование или восстановление биологических, психологических и социальных ресурсов необходимых для реадaptации в повседневной жизни*

**Рекомендуется:** Групповая психообразовательная работа (коды услуг - В04.035.006 и В04.035.007) – детям с ПР и их родственниками с целью улучшения качества жизни, повышения комплаенса, выработки и восстановления эмоциональных навыков взаимодействия в социуме [1] [2] [3] [5] [15] [18] [46] [59] [98].

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 3

**Рекомендуется:** Школа психосоциальной адаптации для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственников (код услуги - В04.035.008) – детям с диагностированным ПР с целью улучшения качества жизни, повышения комплаенса, выработки и восстановления эмоциональных навыков взаимодействия в социуме [1] [2] [3] [5] [15].

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 3

**Рекомендуется:** Клинико-психологический тренинг (код услуги - А13.29.020) – детям с диагностированным ПР с целью улучшения качества жизни, повышения комплаенса, выработки и восстановления эмоциональных навыков взаимодействия в социуме [1] [2] [3] [5] [15].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

**Комментарий:** Реабилитация должна быть направлена на психосоциальную реадaptацию, психотерапевтическую, психологическую помощь и социальную поддержку в сложных жизненных ситуациях пациентов с ПР для профилактики рецидивов заболевания.

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

*Специфической профилактики ПР не выработано.*

*В то же время раннее выявление и своевременно начатое лечение способно значительным образом повлиять на течение ПР и динамику реабилитации. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 июня 2019 г. № 396н «О внесении изменений в Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н» внесены дополнения, касающиеся проведения в рамках профилактического медосмотра детей осмотр врачом-психиатром декретированных групп.*

**Комментарии:** Первичная профилактика заключается во внедрении среди населения принципов здорового образа жизни, мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья среди детско-подросткового населения, антипропаганда употребления алкоголя и психоактивных веществ, организации психообразовательных мероприятий для родителей и педагогов о рациональных методах воспитания, информирование о признаках тревожных состояний у детей с целью раннего выявления и своевременного обращения за медицинской помощью [79] [108] [109] [110] [111].

## **6. Организация оказания медицинской помощи**

Диагностика, лечение, наблюдение, реабилитация детей с ПР в подавляющем большинстве случаев может осуществляться в амбулаторных условиях либо в условиях дневного стационара. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» родители или законные представители ребенка с шизофренией вправе обращаться за медицинской помощью по месту постоянной регистрации. В случае, если такой возможности нет, они вправе получать помощь в иных медицинских учреждениях, расположенных не по месту их постоянного проживания.

**Показаниями для госпитализации** в стационар детей с ПР: (1) выраженные проявления тревожного возбуждения с риском причинения вреда окружающим и себе, (2) высокий риск суицида, (3) необходимость дополнительного комплексного обследования и подбора терапии, (4) яркая выраженность симптомов ПР с социальной дезадаптацией, (5) тяжелая сопутствующая соматическая патология, затрудняющая подбор лечения, (6)



проявления резистентности и плохая переносимость терапии, (7) недоступность адекватной амбулаторной помощи по месту жительства.

**Показаниями для выписки из стационара** детей с ПР являются: устранение рисков суицида, купирование выраженных проявлений тревоги, стабилизация психического и соматического состояния с редукцией патологической симптоматики.

**Комментарий:** Пациенты с ПР не подлежат диспансерному наблюдению ст. 27. Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Психиатрическая и психотерапевтическая помощь оказывается на добровольном принципе в рамках консультативного наблюдения, за исключением случаев предусмотренных ст. 29 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 ...» [113] [114].

#### **7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

Учитывая специфику заболевания, факторами, ухудшающими течение ПР и прогноз при ПР считаются, преморбидная минимальная церебральная дефицитарность, генетическая отягощенность психическими расстройствами, соматическая ослабленность, психологическая личностная уязвимость к стрессам, низкий уровень сформированности механизмов психологической адаптации и копинг-стратегий, продолжающиеся стрессовые ситуации в семье, образовательной организации, сфере личного общения [ 1] [2] [3] [11] [15] [23] [48] [55] [56].

#### **Критерии оценки качества медицинской помощи**

№	Критерий оценки качества	Выполнено / не выполнено
1	Осуществлен сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии (код услуги - А01.29.001)	Да / Нет
2	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского первичный (код услуги - В01.035.003)	Да / Нет
3	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога первичный (код услуги - В01.036.001) детям с подозрением на употребление наркотических или иных психоактивных веществ	Да / Нет
4	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный (код услуги - В01.031.001)	Да / Нет
5	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (код услуги - В01.023.001)	Да / Нет
6	Проведено клинико-психологическое психодиагностическое обследование (код услуги - А13.29.003.001) (в динамике)	Да / Нет
7	Осуществлено назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) – антидепрессантов СИЗС	Да / Нет
8	Осуществлено назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) – анксиолитиков – по показаниям	Да / Нет
9	Осуществлено назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) –	Да / Нет

№	Критерий оценки качества	Выполнено / не выполнено
	трициклических антидепрессанто – по показаниям	
10	Проведена индивидуальная и/или групповая когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ)(коды услуг - А13.29.008.001 и А13.29.008.002)	Да / Нет
11	Проведен клинико-психологический тренинг (тренинг когнитивных способностей, тренинг социальных навыков) (код услуги - А13.29.020)	Да / Нет
12	Проведена групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственниками (коды услуг - В04.035.006 и В04.035.007)	Да / Нет
13	Проведена школа психосоциальной адаптации для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственников (код услуги - В04.035.008)	Да / Нет
14	Осуществляется прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского участкового повторный (код услуги - В01.035.008) (регулярно) не реже 1 раза в год	Да / Нет

## Список литературы

1. Jeffrey R. Strawn, J.R., Lu, L., Peris, T.S., Levine, A. and Walkup, J.T. Research Review: Pediatric anxiety disorders – what have we learnt in the last 10 years? // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2021 Feb;62(2):114-139. doi: 10.1111/jcpp.13262. Epub 2020 Jun 5.
2. Корабельникова Е.А. Тревожные расстройства у подростков // *МС*. 2018. №18. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/trevozhnye-rasstroystva-u-podrostkov>
3. Diler RS. Panic disorder in children and adolescents // *Yonsei Med J*. 2003 Feb;44(1):174-9. doi: 10.3349/ymj.2003.44.1.174.
4. Александровский Ю. А., Незнанов Н. Г. Психиатрия. Национальное руководство / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1008 с.
5. Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, Connolly SD, Strawn JR. Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents // *Current Psychiatry Reports*. 2015 Jul;17(7):52. doi: 10.1007/s11920-015-0591-z.
6. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. - Москва: Триада-Х, 2008: С. 110-117.
7. Макаров И. В. Психиатрия детского возраста / Руководство для врачей. Под общей редакцией И. В. Макарова. - СПб.: Наука и техника. - 2019. - С.86-89.
8. Вейн А.М. Вегетативные расстройства / под ред. А.М. Вейна - М., - 1998. – 750 с.
9. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. - М.: Питер, - 2007. - 192 с.
10. Beşirli A. The relationship between impulsivity and panic disorder-agoraphobia: the role of affective temperament // *Psychiatry Research*. 2018 Jun;264:169-174. doi:10.1016/j.psychres.2018.03.021.
11. Атаманов А. А., Менделевич В. Д. Конституциональные предпосылки панического расстройства и роль характера больных в факторной модели заболевания / А. А. Атаманов, В. Д. Менделевич // *Психическое здоровье*. – 2011. – Т. 9, № 5 (60). – С. 46–52.
12. Barry TJ. Meta-analysis of the influence of age on symptom change following cognitive-behavioural treatment for anxiety disorders // *J. Adolesc*. 2018. Vol. 68:232-241. doi: 10.1016/j.adolescence.2018.08.008.
13. Мельников А. Н., Станько Э. П. Панические атаки у детей и подростков // *Журнал ГрГМУ*. - 2005. - №3 (11). <https://cyberleninka.ru/article/n/panicheskie-ataki-u-detey-i->
14. Masi G, Mucci M, Millepiedi S. Separation anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management // *CNS Drugs*. 2001;15(2):93-104. doi: 10.2165/00023210-200115020-00002
15. Караваева Т. А. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств / Т. А. Караваева, А. П. Коцюбинский. – СПб.: СпецЛит, 2017. – 286 с.
16. Harber L, Hamidian R, Bani-Fatemi A et al. Meta-Analysis of Neuropsychological Studies in Panic Disorder Patients: Evidence of Impaired Performance during the Emotional Stroop Task // *Neuropsychobiology*. 2019. Vol. 78 (1):7–13. doi: 10.1159/000496623
17. Ken I, Hisanobu K, Naomi H, Yuji O. Иное Сравнение клинических особенностей панических расстройств у пациентов с семейной историей психических расстройств и без нее [ Comparison of clinical features of panic disorder patients with and without family history of psychiatric disorders] // *Наука и здравоохранение*. – 2017. – № 5. – С.67–75.
18. Сухотина Н. К. Психическое здоровье детей и определяющие его факторы // *Журнал неврологии и психиатрии*. - 2013. - № 2. - С.16–22.
19. Lawrence PJ, Murayama K, Creswell C. Systematic Review and Meta-Analysis: Anxiety and Depressive Disorders in Offspring of Parents With Anxiety Disorders // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2019. Vol. 58(1): 46–60. doi:10.1016/j.jaac.2018.07.898.

20. Sakolsky DJ, Nurmi EL, Birmaher B, March JS, Walkup JT, Piacentini JC & Ginsburg GS. Association of GRIK4 with treatment response in the child/adolescent anxiety multimodal study (CAMS) // In Annual Meeting of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 2014 Mar;53(3):297-310. doi: 10.1016/j.jaac.2013.11.010.
21. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders // American J Psychiatry. 2001 Oct;158(10):1568-78. doi: 10.1176/appi.ajp.158.10.1568.
22. Gregory A. M., Eley T. C. Genetic influences on anxiety in children: what we've learned and where we're heading // Clin Child Family Psychol Rev. 2007. Vol. 10:P. 199–212. doi: 10.1007/s10567-007-0022-8.
23. Коробейникова Л. А. Генетические основы предрасположенности к паническому расстройству / Л. А. Коробейникова, О. И. Рудько, Ю. Э. Азимова и др. // Успехи современной биологии. – 2012. – № 132. – С. 21–35.
24. Jarcho J.M., Romer A.L., Shechner T., Galvan, A., Guyer A.E., Leibenluft E. & Nelson, E.E. Forgetting the best when predicting the worst: Preliminary observations on neural circuit function in adolescent social anxiety. // Devel opmental Cognitive Neuroscience. 2015.13:21–31. doi: 10.1016/j.dcn.2015.03.002.
25. Haddad ADM, Bilderbeck A, James AC & Lau JYF. Fear responses to safety cues in anxious adolescents: Preliminary evidence for atypical age-associated trajectories of functional neural circuits // Journal of Psychiatric Research. 2015 Sep;68:301-8. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.05.009.
26. Fu X, Taber-Thomas BC & Perez-Edgar K. Frontolimbic functioning during threat-related attention: Relations to early behavioral inhibition and anxiety in children // Biological Psychology. 2015. 122:98–109. doi: 10.1016/j.biopsycho.2015.08.010.
27. Sotres-Bayon F, Bush DE, LeDoux JE. Interactions in Fear Extinction. Emotional Perseveration: An Update on Prefrontal-Amygdala. // Learn Mem. Sep-Oct 2004;11(5):525-35. doi: 10.1101/lm.79504.
28. Трошин В.М., Кравцов Ю.И., Радаева Т.М. Неотложная неврология детского возраста. - Н. Новгород, 1993. - 635 с.
29. McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR. Examining the association between parenting and childhood anxiety:a meta-analysis // Clin Psychol Rev. 2007. 27:155-172.9.: 525–535. doi: 10.1016/j.cpr.2006.09.002
30. Gere MK, Villabø MA, Torgersen S, Kendall PC. Overprotective parenting and child anxiety: the role of co-occurring child behavior problems // J Anxiety Disord. 2012 Aug;26(6):642-9. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.04.003. Epub 2012 May 14.
31. Hudson JL, Dodd HF, Lyneham HJ & Bovopoulos N. Temperament and family environment in the development of anxiety disorder: Two-year follow-up // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2011. 50:1255–1264.e1 doi: 10.1016/j.jaac.2011.09.009.
32. Lebowitz, E.R., Scharfstein, L.A., & Jones, J. (2014). Comparing family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and nonanxious children // Depression and Anxiety, 31, 1018–1025. doi: 10.1002/da.22251.
33. Lau JYF, & Waters AM. Annual Research Review: An expanded account of information-processing mechanisms in risk for child and adolescent anxiety and depression // Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2017. 58: 387–407. doi: 10.1111/jcpp.12653.
34. Beesdo K, Pine DS, Lieb R & Wittchen, H.U. Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. Archives of General Psychiatry. 2010. 67:47–57. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.177.

35. Degenhardt L, Coffey C, Romaniuk H, Swift W, Carlin JB, Hall WD & Patton GC. The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood // *Addiction*. 2013. 108, 124–133. 2013 Jan;108(1):124-33. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.04015.x.
36. Livny A, Cohen K, Tik N, Tsarfaty G, Rosca P & Weinstein A. The effects of synthetic cannabinoids (SCs) on brain structure and function // *European Neuropsychopharmacology*. 2018. 28:1047–1057. doi: 10.1016/j.euroneuro.2018.07.095
37. Mathew AR, Norton PJ, Zvolensky MJ, Buckner JD & Smits JAJ. Smoking behavior and alcohol consumption in individuals with panic attacks. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2011. 25:61–70. doi: 10.1891/0889-8391.25.1.61.
38. Brokamp C, Strawn JR, BecA. F, & Ryan P. Pediatric psychiatric emergency department utilization and fine particulate matter: A Case-Crossover Study. *Environmental Health Perspectives*. 2019. 127: 1–7. doi: [10.1289/ehp4815](https://doi.org/10.1289/ehp4815)
39. Patel NB, Xu Y, McCandless LC, Chen A, Yolton K, Braun J, Jones RL, Dietrich KN, Lanphear BP. Very low-level prenatal mercury exposure and behaviors in children: the HOME Study. *Environmental Health: // A Global Access Science Source*. 2019 Jan 9;18(1):4. doi: 10.1186/s12940-018-0443-5.
40. Корабельникова Е.А. Тревожные расстройства у подростков // *МС*. 2018. №18. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/trevozhnye-rasstroystva-u-podrostkov>
41. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Arch Gen Psychiatry*. 1992 Apr;49(4):257-66. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820040009001.
42. Ollendick TH, Mattis SN, King NJ. Panic in children and adolescents: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 1994, 35: 113-134. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb01134.x.
43. Klein RG, Pine DS. Anxiety Disorders. In: Rutter M, Taylor E. (Eds). *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, 2005: 486-509. doi:10.1016/j.psc.2009.06.002.
44. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б. - М.: Минздрав России, 1998. - 512 с.
45. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. - Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. - 992 p
46. *Детская психиатрия / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера*. - Издательство: Спб.: Питер. - 2005. С. 525-526. (Серия «Национальная медицинская библиотека»).
47. Strawn JR, Lu L, Peris TS, Levine A, Walkup JT. Research Review Pediatric anxiety disorders – what have we learnt in the last 10 years // *J Child Psychol Psychiatry*. 2021 Feb;62(2):114-139. doi: 10.1111/jcpp.13262.
48. Ромицина Е.Е. Сравнительный анализ тестов тревожности (на материале детей и подростков // *Сибирский психологический журнал*. 2004. - № 20. - стр.120-128.
49. Карауш И.С., Куприянова И.Е. Тревожные расстройства у детей и подростков (обзор литературы) // *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. – 2014. - No 2. С. 26-33.
50. Малкова (Ромицына) Е.Е. Основные этапы и процедура создания методики «» (МОДТ) *Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена*. 2009. № 83. С. 119-133.
51. Малкова Е.Е. Тревожность и развитие личности: Монография. – СПб.: изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2013. – 268 с.
52. Малкова Е.Е. Многомерная психологическая диагностика детской тревожности // *Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект.*

- Моногра. / Науч. Ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – СПб. : Скифия-принт, 2014. - С. 114 – 137.
53. Собчик Л.Н. Психодиагностика в медицине. Практическое руководство. — Боргес, 2007. — 416 с.
54. Shear MK, Brown TA, Barlow DH, Money R, Sholomskas DE, Woods SW, Gorman JM, Papp LA. Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale // *Am J Psychiatry*. 1997 Nov;154(11):1571-5. doi: 10.1176/ajp.154.11.1571.
55. Вейн А. М. Панические атаки: неврологические и психофизиологические аспекты / А. М. Вейн, Г. М. Дюкова, О. В. Воробьева и др. – СПб.: Инст. мед. маркетинга, 1997. – 304 с.
56. Вейн А. М. Панические атаки / А. М. Вейн, Г. М. Дюкова, О. В. Воробьева. - М.: Эйдос Медиа. — 2004. – 408 с.
57. Гурьева В. А. Психогенные расстройства у детей и подростков. - М. - 1996. - 207 с.
58. Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков. — М.: Медицина, 1988. - 248 с.
59. Детская и подростковая психиатрия: клинические лекции для профессионалов / под ред. Ю. С. Шевченко. - М.: Медицинское информационное агентство. - 2011. - 925 с.
60. Быстрицкий А. С. Дифференциальная диагностика и лечение панических расстройств / А. С. Быстрицкий, Н. Г. Незнанов, Э. Э. Звартау // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. – 2006. – №. 3. – С. 4–7.
61. Потанин С. С. Алгоритм биологической терапии панического расстройства / С. С. Потанин, А. А. Бебуришвили, М. В. Гантман и др. // *Современная терапия психических расстройств*. – 2017. – № 3. – С. 33–43. ISSN: 2306-4137
62. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety // *N Engl J Med*. 2008. 359:2753-2766. doi:10.1056/NEJMoa0804633
63. Ipser JC, Stein DJ, Hawkrigde S, et al. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents // *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8;(3):CD005170. doi: 10.1002/14651858.CD005170.pub2.
64. Strawn JR, Welge JA, Wehry AM, et al. Efficacy and tolerability of antidepressants in pediatric anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis // *Depress Anxiety*. 2014. 32(3):149-157. doi: 10.1002/da.22329.
65. Brent DA, Porta G, Rozenman MS, Gonzalez A, Schwartz KTG, Lynch FL, Dickerson JF, Iyengar S, Weersing VR. Brief behavioral therapy for pediatric anxiety and depression in primary care: A follow-up // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019. 59(7):856-867. doi: 10.1016/j.jaac.2019.06.009
66. Pollack MH, Simon NM, Worthington JJ, Doyle AL, Peters P, Toshkov F, Otto MW. Combined paroxetine and clonazepam treatment strategies compared to paroxetine monotherapy for panic disorder // *Journal of Psychopharmacology*. 2003. 17 (3):276–282. doi: 10.1177/02698811030173009
67. Watanabe N, Churchill R, Furukawa TA. Combined psychotherapy plus benzodiazepines for panic disorder // *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21;(1):CD005335. doi:10.1002/14651858.CD005335.pub2.
68. Offidani E, Guidi J, Tomba E, Fava GA. Efficacy and tolerability of benzodiazepines versus antidepressants in anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis // *Psychother Psychosom*. 2013;82(6):355-62. doi: 10.1159/000353198. Epub 2013 Sep 20.
69. Soumerai SB, Simoni-Wastila L, Singer C, Mah C, Gao X, Salzman C, Ross-Degnan D. Lack of relationship between long-term use of benzodiazepines and escalation to high dosages // *Psychiatr Serv*. 2003 Jul;54(7):1006-11. doi: 10.1176/appi.ps.54.7.1006.
70. Strawn JR, Sakolsky DJ, Rynn MA. Psychopharmacologic treatment of children and adolescents with anxiety disorders // *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012 Jul;21(3):527-39.

doi: 10.1016/j.chc.2012.05.003.

71. Diler RS. Panic Disorder In Children And Adolescents (Review Article) // *Yonsei Med J*. 2003 Feb;44(1):174-9. doi: 10.3349/ymj.2003.44.1.174.
72. Masi G, Pari C, Millepiedi S. Pharmacological treatment options for panic disorder in children and adolescents den // *Expert Opin Pharmacother*. 2006 Apr;7(5):545-54. doi:10.1517/14656566.7.5.545.
73. Achiam-Montal M, et al. Panic disorder in children and adolescents with noncardiac chest pain // *Child Psychiatry Hum Dev*. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2013 Dec;44(6):742-50. doi: 10.1007/s10578-013-0367-9.
74. Freire RC, Amrein R, Mochcovitch MD, Dias GP, Machado S, Versiani M, Arias-Carrión O, Carta MG, Nardi AE. A 6-Year Posttreatment Follow-up of Panic Disorder Patients: Treatment With Clonazepam Predicts Lower Recurrence Than Treatment With Paroxetine // *J Clin Psychopharmacol*. 2017 Aug;37(4):429-434. doi: 10.1097/JCP.0000000000000740.
75. Străulea AO, Chiriță V. Clinical study of patients with benzodiazepine dependence, hospitalised between 2006-2008 // *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*. 2009 Jan-Mar;113(1):89-92.
76. Bighelli I, Trespidi C, Castellazzi M, Cipriani A, Furukawa TA, Girlanda F, Guaiana G, Koesters M, Barbui C. Antidepressants and benzodiazepines for panic disorder in adults // *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Sep 12;9(9):CD011567. doi: 10.1002/14651858.CD011567.pub2.
77. Cohen LS, Rosenbaum JF. Clonazepam: new uses and potential problems // *J Clin Psychiatry*. 1987 Oct;48 Suppl:50-6. PMID: 2889724 PMID 2889724
78. Quagliato LA, Cosci F, Shader RI, Silberman EK, Starcevic V, Balon R, Dubovsky SL, Salzman C, Krystal JH, Weintraub SJ, Freire RC, Nardi AE. International Task Force on Benzodiazepines. Selective serotonin reuptake inhibitors and benzodiazepines in panic disorder: A meta-analysis of common side effects in acute treatment // *J Psychopharmacol*. 2019 Nov;33(11):1340-1351. doi: 10.1177/0269881119859372.
79. Bighelli I, Trespidi C, Castellazzi M, Cipriani A, Furukawa TA, Girlanda F, Guaiana G, Koesters M, Barbui C. Antidepressants and benzodiazepines for panic disorder in adults // *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Sep 12;9(9):CD011567. doi: 10.1002/14651858.CD011567.pub2.
80. Michellini S, Cassano GB, Frare F, Perugi G. Long-term use of benzodiazepines: tolerance, dependence and clinical problems in anxiety and mood disorders (англ.) // *Pharmacopsychiatry : journal*. 1996. July;vol. 29, no. 4:127—134. doi:10.1055/s-2007-979558
81. Sep-Kowalikowa B, Czucha M. Dependence on benzodiazepine and treatment of withdrawal syndrome // *Psychiatr Pol*. 2002 Nov-Dec;36(6 Suppl):347-57. PMID: 12647459
82. Barker M. J., Greenwood K. M., Jackson M., Crowe S. F. Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis // *Drugs*. 2004. Vol. 18, no. 1:37—48. doi:10.2165/00023210-200418010-00004
83. Golombok S; Moodley P., Lader M. Cognitive impairment in long-term benzodiazepine users // *Psychol Med*. 1988. 18(2):365—374. doi:10.1017/S0033291700007911
84. Neutel CI, Patten SB. Risk of suicide attempts after benzodiazepine and/or antidepressant use (англ.) // *Ann Epidemiol*. 1997. vol. 7, no. 8: 568—574. doi:10.1016/S1047-2797(97)00126-9
85. Bandelow B., Zohar J., Hollander E., Kasper S., Moller H.-J. et al. WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive-compulsive, Post-traumatic Stress Disorders // *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(4):248-312. doi: 10.1080/15622970802465807.
86. Jakubovski E, Johnson JA, Nasir M, Müller-Vahl K, Bloch MH. Systematic review and meta-analysis: Dose-response curve of SSRIs and SNRIs in anxiety disorders // *Depress Anxiety*. 2019 Mar;36(3):198-212. doi: 10.1002/da.22854. Epub 2018 Nov 26.
87. Zwanzger P. Pharmacotherapy of Anxiety Disorders // *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2016

- May;84(5):306-14. doi: 10.1055/s-0042-106764.
88. Bighelli I, Trespidi C, Castellazzi M, Cipriani A, Furukawa TA, Girlanda F, Guaiana G, Koesters M, Barbui C. Antidepressants and benzodiazepines for panic disorder in adults // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016. Vol. 12 (9). doi: 10.1002/14651858.CD011567.pub2
89. Andrisano C, Chiesa A, Serretti A. Newer antidepressants and panic disorder: A meta-analysis // *International clinical psychopharmacology.* 2013. Vol. 28(1): 33–45. doi:10.1097/YIC.0b013e32835a5d2e.
90. de Vries YA, Roest AM, Burgerhof JGM, de Jonge P. Initial severity and antidepressant efficacy for anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and posttraumatic stress disorder: An individual patient data meta-analysis // *Depress. Anxiety.* 2018. –Vol. 35 (6):515–522. doi: 10.1002/da.22737.
91. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia // *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jan 24;2007(1):CD004364. doi: 10.1002/14651858.CD004364.pub2.
92. Chen MH, Tsai SJ. Treatment-resistant panic disorder: clinical significance, concept and management // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2016 Oct 3;70:219-26. doi: 10.1016/j.pnpbp.2016.02.001.
93. Воробьева О. В. Пути повышения эффективности терапии тревожных расстройств в клинике нервных болезней / О. В. Воробьева // *Медицинский алфавит.* – 2016. – Т. 1, №1 (264). – С. 19–24.
94. Swift JK, Greenberg RP, Tompkins KA, Parkin SR. Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons // *Psychotherapy (Chic).* 2017 Mar;54(1):47-57. doi: 10.1037/pst0000104.
95. Meuret AE, Kroll J, Ritz T. Panic Disorder Comorbidity with Medical Conditions and Treatment Implications // *Annu Rev Clin Psychol.* 2017 May 8;13:209-240. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093044.
96. Bakker A, van Balkom AJ, Spinhoven P. SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis // *Acta Psychiatr Scand.* 2002 Sep;106(3):163-7. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.02255.x.
97. Watanabe N, Churchill R, Furukawa TA. Combined psychotherapy plus benzodiazepines for panic disorder // *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jan 21;(1):CD005335. doi: 10.1002/14651858.CD005335.pub2.
98. Заваденко Н.Н. Тревожные расстройства в практике педиатра и детского невролога // *PMЖ.* – 2020. - №1. С. 1–8.
99. Cheer SM, Figgitt DP. Fluvoxamine: a review of its therapeutic potential in the management of anxiety disorders in children and adolescents / *Paediatr Drugs.* 2001. – 3(10):763-81. doi: 10.2165/00128072-200103100-00004.
100. Berney T, Kolvin I, Bhate SR, Garside RF, Jeans J, Kay B, Scarth L. School phobia: A therapeutic trial with clomipramine and short-term outcome // 1981 Feb;138:110-8. doi: 10.1192/bjp.138.2.110.
101. da Costa CZ, de Moraes RM, Zanetta DM, Turkiewicz G, Lotufo Neto F, Morikawa M, Rodrigues CL, Labbadia EM, Asbahr FR. Comparison among clomipramine, fluoxetine, and placebo for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents // *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2013 Dec;23(10):687-92. doi: 10.1089/cap.2012.0110.
102. Graae F, Milner J, Rizzotto L, Klein RG. Clonazepam in childhood anxiety disorders // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994 Mar-Apr;33(3):372-6. doi: 10.1097/00004583-199403000-00011.
103. Klein RG, Koplewicz HS, Kanner A. Imipramine treatment of children with separation



- anxiety disorder // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992 Jan;31(1):21-8. doi: 10.1097/00004583-199201000-00005.
104. Locher C, Koechlin H, Zion SR, Werner C, Pine DS, Kirsch I, Kessler RC, Kossowsky J. Efficacy and safety of selective serotonin reuptake inhibitors, serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, and placebo in common psychiatric disorders a meta-analysis in children and adolescents // *JAMA Psychiatry*. 2017 Oct 1;74(10):1011-1020. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2432.
105. Varigonda AL, Jakubovski E, Bloch MH. Systematic review and meta-analysis: Early treatment responses of selective serotonin reuptake inhibitors and clomipramine in pediatric obsessive-compulsive disorder // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Oct;55(10):851-859.e2. doi: 10.1016/j.jaac.2016.07.768.
106. Compton S, Grant P, Chrisman A, Gammon P, Brown V, March J. Sertraline in children and adolescents with social anxiety disorder: an open trial // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 May;40(5):564-71. doi: 10.1097/00004583-200105000-00016.
107. Rynn MA, Siqueland L, Rickels K. Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of children with generalized anxiety disorder // *Am J Psychiatry* 2001, 158:2008-2014. doi: [10.1176/appi.ajp.158.12.2008](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.12.2008)
108. Злоказова М.В., Семакина Н.В., Ланских Ю.В. Скрининг-диагностика предболезненных психических состояний при проведении профилактических психиатрических осмотров подростков // В сборнике: Дети. Общество. Будущее. Сборник научных статей по материалам III Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». Москва. - 2020. - С. 228-230. ISBN: 978-5-406-02938-1
109. Семакина Н.В., Злоказова М.В., Смирнова Е.А., Ланских Ю.В., Наумкина Е.С. Сравнение результатов психодиагностического скрининг-анкетирования подростков с данными, полученными при проведении диагностики стандартизированными психодиагностическими тестами на исследование депрессии и тревожности // *Медицинское образование сегодня*. - 2020. - № 1 (9). - С. 48-54. doi: 10.24411/2220-7880-2019-10035
110. Семакина Н.В., Злоказова М.В. Анализ результатов скрининг-анкетирования подростков при проведении профилактических психиатрических осмотров // В сборнике: Психиатрическая наука в истории и перспективе. Материалы Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Научного центра психического здоровья. - 2019. - С. 281-285. doi: 10.21145/2499-9954-2018-5-174-176
111. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 июня 2019 г. № 396н «О внесении изменений в Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н».
112. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. Федеральных законов от 25.06.2012 N 89-ФЗ, ... , от 08.12.2020 N 429-ФЗ, от 22.12.2020 N 438-ФЗ).
113. Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 19.07.2018) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (в ред. Федеральных законов от 21.07.98 N 117-ФЗ, ... , от 08.12.2020 N 429-ФЗ).
114. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 N 566н (ред. от 21.02.2020) Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения.

## Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических

1. Бадмаева Валентина Дорджиевна – доктор медицинских наук, руководитель отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, сокращённо ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России.
2. Дозорцева Елена Георгиевна – доктор психологических наук, профессор, главный научный сотрудник, и.о. руководителя лаборатории психологии детского и подросткового возраста отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, сокращённо ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России.
3. Злоказова Марина Владимировна – доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист-психиатр Приволжского федерального округа, заведующий кафедрой психиатрии им. В.И. Багаева, Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России.
4. Макушкин Евгений Вадимович – доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист-психиатр Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российской Федерации, заместитель генерального директора по научной работе Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, сокращённо ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России
5. Пережогин Лев Олегович – доктор медицинских наук, руководитель отделения социальной психиатрии детей и подростков ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. Член РОП.
6. Семакина Надежда Витальевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии имени В.И. Багаева Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Конфликт интересов:

Все члены Рабочей группы заявили об отсутствии конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

Специалисты, имеющие высшее медицинское образование по следующим специальностям:

- Психиатрия (врачи-психиатры, врачи-психиатры детские, врачи-психиатры подростковые, врачи-психиатры детские участковые, врачи-психиатры подростковые участковые, психотерапевты детские).

Специалисты с высшим профессиональным (немедицинским) образованием:

- Медицинские (клинические) психологи.

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
-----	-------------

А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

**Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

**Законодательные и подзаконные акты, регламентирующие оказание помощи при шизофрении**

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
3. Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (Утвержден Приказом Минздрава РФ № 566н от 17.05.2012 г.);
4. Приказ Минздрава РФ от 31.12.2002 № 420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений».

Информация по показаниям к применению и противопоказаниям, способам применения и дозам лекарственных препаратов находится в открытом доступе на сайте Государственного реестра лекарственных средств [grls.rosminzdrav.ru](http://grls.rosminzdrav.ru)

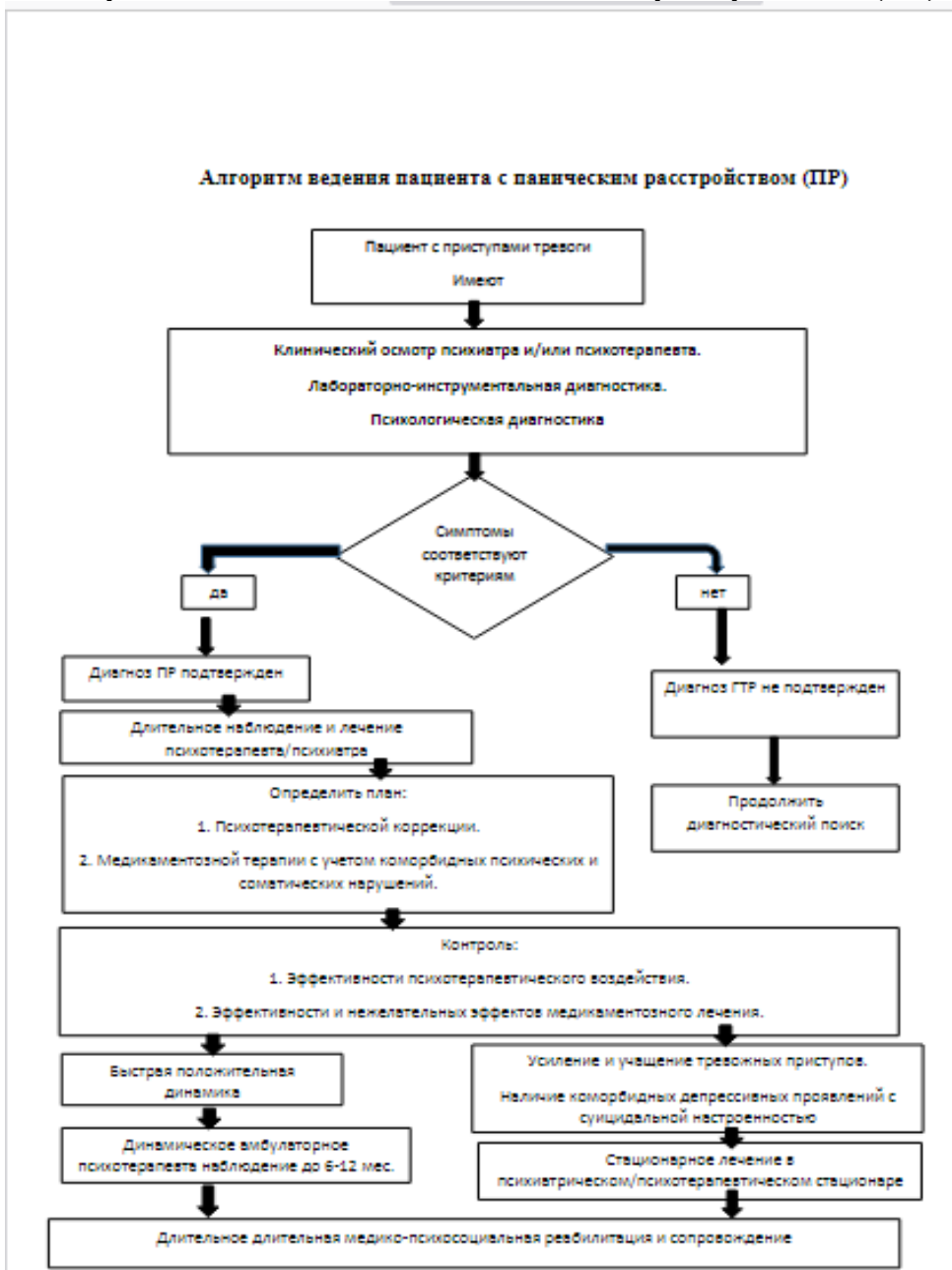
**Рекомендуемые препараты**

Препарат	Рекомендуемая доза с 18 лет (мг/сут)	Использование в детском возрасте до 18 лет (мг/сут)	Уровень убедительности	Уровень достоверности
<b>СИОЗС</b>				
#Сертралин**	50-200	С 6–12 лет: 25-50 С 12 лет: 50-150	В	2
#Флувоксамин	50-150	С 8 лет: 50-100	В	2
<b>Антидепрессанты из других групп</b>				
Кломипрамин**	75-150	С 12 лет: 25-50	В	2
Имипрамин**	50-100	С 12 лет: 25-50	В	2
<b>Бензодиазепины</b>				
Клоназепам**	0,5-2	С 12 лет: 0,5-1	В	2
Диазепам**	10-20	С 14 лет: 5-10	В	2
<b>Небензодиазепиновые транквилизаторы</b>				
Гидроксизин	25-100	С 6 лет: 25-50 С 15 лет: 50-100	С	3

***Примечание:** пациентам с установленным диагнозом ПР препараты имеющие возрастные ограничения и при отсутствии ссылки на показание к назначению при ПР*

и/или тревожных расстройствах в инструкции рекомендуется назначать обоснованно через врачебную комиссию.

### Приложение Б. Алгоритмы действий врача Алгоритм ведения пациента с паническим расстройством (ПР)



## Приложение В. Информация для пациента

К факторам, способствующим обострению симптоматики ПР (усиление тревоги и коморбидной депрессивной симптоматики, учащение соматовегетативных симптомов) и затяжному течению, относятся предикторы: [1] [2] [3] [11] [14] [15] [19] [20] [22] [23].

- **биологические:** генетические, нейрофизиологические и резидуально-органическая дефицитарность;
- **психологические:** сниженный адаптационный потенциал в связи с личностными особенностями с повышенной уязвимостью к стрессовым ситуациям, ригидностью и иррациональными психологическими защитами, регрессивными стратегиями поведения в стрессовых ситуациях, неадекватной (чаще заниженной) самооценкой, искаженной мотивацией на получение медицинской помощи у пациента и/или родителей;
- **социальные:** устойчивые не корригируемые дисгармоничные модели воспитания и внутрисемейные взаимоотношения, сохраняющаяся стрессогенная обстановка.

### Информация о ПР для пациента и родственников

#### *Что такое ПР?*

Это тревожное расстройство, характеризующееся появлением чувства тревоги по несущественным причинам или без причин, которая часто сопровождается соматовегетативными симптомами (сердцебиением, болями в животе, рвотой, отрыжкой, головной болью, потливостью, беспокойством и др.).

#### *Каковы основные симптомы ПР?*

Необоснованное чувство тревоги, затруднение дыхания, головокружение, головные боли, боль в груди или в животе, сухость во рту, «ком» в горле, страх умереть, нарушения сна, мышечное напряжение и пр.

Для ПР характерно постоянное чувство тревоги и напряжения, не связанное с жизненными обстоятельствами, трудностями, сложными жизненными ситуациями, стрессами.

#### *Диагностика ПР.*

Обычно диагноз тревожного расстройства устанавливается после исключения всех болезней, при которых могут наблюдаться похожие симптомы. Предварительный диагноз может поставить врач общей практики, педиатр, врач-невропатолог.

Постановкой диагноза и основной клинической диагностикой, и лечением занимается врач-психотерапевт, психиатр.

#### *Лечение ПР*

Включает психотерапию и назначение лекарственных препаратов, снижающих чувство тревоги.

Психотерапия может проводиться индивидуально и/или в группе, а также следует включать семейную психотерапию.

*Психотерапия* проводится с использованием различных методик, помогающих:

- правильно оценивать ситуацию и достигать расслабления во время приступа тревоги,
- овладеть правилам поведения в различных ситуациях;
- приобрести уверенность в своих силах справиться со стрессовыми ситуациями и др.

*В медикаментозной терапии* применяются различные средства, воздействующие на тревогу (антидепрессанты, транквилизаторы).

Медикаментозное лечение – назначение, коррекция терапии, отмена препаратов осуществляется только врачом-психиатром или психотерапевтом.

#### *Дополнительная информация*

Помимо профессиональной помощи психиатров, психотерапевтов и медицинских (клинических) психологов в терапии и профилактике ПР существенную роль играет: образ жизни человека (режим сна и бодрствования, питания, физической активности, исключение употребления психоактивных веществ, алкоголя, никотин- и кофеинсодержащих препаратов, др.); проведение терапии согласно выбранного плана лечения.

Комплексная терапия с обязательным применением психотерапии, психологической коррекции, социальной поддержкой при необходимости медикаментозным лечением поможет вернуться к нормальной жизни без постоянной тревоги, положительно отразится на психическом самочувствии и позволит снизить вероятность развития хронической тревожности.



**Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты  
состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях**

**Приложение Г1. Многомерная оценка детской тревожности (МОДТ)**

**Название на русском языке - Многомерная оценка детской тревожности (МОДТ)**

**Оригинальное название - Многомерная оценка детской тревожности (МОДТ)**

**Источник**

1. Малкова (Ромицына) Е.Е. Основные этапы и процедура создания методики «» (МОДТ) Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2009. № 83. С. 119-133.
2. Малкова Е.Е. Тревожность и развитие личности: Монография. – СПб. : изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2013. – 268 с.
3. Малкова Е.Е. Многомерная психологическая диагностика детской тревожности // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. Моногра. / Науч. Ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – СПб. : Скифия-принт, 2014. - С. 114 – 137.

**Тип (подчеркнуть):**

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить)

**Назначение:** Методика представляет собой клинически апробированный опросник, предназначенный как для экспресс-диагностики, так и для структурной диагностики расстройств тревожного спектра у детей и подростков. Разработан в 2007 году в НИПНИ им. Бехтерева Е.Е. Малковой (Ромицыной) под руководством профессора Л.И. Вассермана.

**Содержание (шаблон):** Опросник содержит в себе 10 шкал:

1. *Общая тревожность.* Оценивается общий уровень тревожных переживаний ребенка в последнее время, связанных с особенностями его самооценки, уверенности в себе и оценкой перспективы.
2. *Тревога во взаимоотношениях со сверстниками.* Результаты шкалы отражают уровень тревожных переживаний, обусловленных проблемными взаимоотношениями с другими детьми и подростками.
3. *Тревога, связанная с оценкой окружающих.* Определяет уровень специфической тревожной ориентации ребенка на мнение других в оценке своих результатов, поступков и мыслей, уровень тревоги по поводу оценок, даваемых окружающими, в связи с ожиданием негативных оценок с их стороны.
4. *Тревога в отношениях с учителями.* Шкала регистрирует уровень тревожных переживаний, обусловленных взаимоотношениями с педагогами в школе и влияющих на успешность обучения ребенка.
5. *Тревога в отношениях с родителями.* Определяется уровень тревожных переживаний, обусловленных проблемными взаимоотношениями с взрослыми, выполняющими родительские функции, а также характера тревожного реагирования ребенка в связи с родительским отношением и оценкой его родителями.

6. *Тревога, связанная с успешностью в обучении.* Дается оценка уровня тревожных опасений ребенка, оказывающих непосредственное влияние на развитие у него потребности в успехе, достижении высокого результата и т.п.
7. *Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения.* Результаты по шкале отражают уровень тревожных переживаний ребенка в ситуациях, сопряженных с необходимостью самораскрытия, предъявления себя другим, демонстрации своих возможностей.
8. *Тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний.* Шкала отражает уровень тревоги ребенка в ситуациях проверки (особенно – публичной) его знаний, достижений, возможностей.
9. *Снижение психической активности, обусловленное тревогой.* Шкала определяет уровень реагирования на тревожный фактор среды признаками астении, оказывающей влияние на приспособляемость ребенка к ситуациям стрессогенного характера.
10. *Повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой.* Шкала отражает уровень выраженности психовегетативных реакций в ответ на тревожный фактор среды, свидетельствующих об особенностях психовегетативной реактивности в эмоциональной и поведенческой сферах, особенно в ситуациях стрессогенного характера.

**Области оценки и их критерии:**

Каждая из 10 шкал может принимать одно из четырех значений:

- «отрицание тревоги или слабая ее выраженность, которая, в свою очередь, может иметь и защитный, неосознаваемый характер»
- «нормативный уровень тревожности, способствующий оптимальной адаптации индивида»
- «повышенный уровень тревожности, дестабилизирующий психоэмоциональное состояние индивида в определенных ситуациях; субклинический уровень».
- «крайне высокий уровень тревожности, носящей генерализованный характер и дезорганизующей деятельность ребенка вплоть до клинических проявлений»

**Текст вопросника**

1. Часто ли ты чувствуешь себя обеспокоенным и взволнованным?
2. Часто ли твои одноклассники смеются над тобой, когда вы играете в разные игры?
3. Стараешься ли ты избегать игр, в которых делается выбор, только потому, что тебя могут не выбрать?
4. Как ты думаешь, теряют ли симпатии учителей те из учеников, которые не справляются с учебой?
5. Можешь ли ты свободно говорить с родителями о вещах, которые тебя беспокоят?
6. Трудно ли тебе учиться не хуже других ребят?
7. Боишься ли ты вступать в спор?
8. Волнуешься ли ты, когда учитель говорит, что собирается проверить, насколько ты знаешь материал?
9. Часто ли ты чувствуешь себя усталым?
10. Сказывается ли на желудке твое волнение?
11. Когда вечером ты лежишь в постели, часто ли ты испытываешь беспокойство по поводу того, что будет завтра?

12. Часто ли у тебя возникает ощущение, что никто из твоих одноклассников не хочет делать того, что хочешь делать ты?
13. Кажется ли тебе, что окружающие часто недооценивают тебя?
14. Доволен ли ты тем, как к тебе относятся учителя?
15. Можешь ли ты обратиться со своими проблемами к близким, не испытывая страха, что тебе будет хуже?
16. Часто ли тебе ставят более низкую оценку, чем ты ожидал?
17. Часто ли ты боишься выглядеть нелепо?
18. Обычно ты волнуешься при ответе или выполнении контрольных заданий?
19. Чувствуешь ли ты себя бодрым после отдыха?
20. Случается ли тебе попадать в такие ситуации, когда ты чувствуешь, что твое сердце вот-вот остановится?
21. Часто ли тебя что-то мучает, а что - не можешь понять?
22. Часто ли ты чувствуешь себя не таким, как большинство твоих одноклассников?
23. Часто ли ты боишься, что тебе не о чем будет говорить, когда кто-то начинает с тобой разговор?
24. Обладают ли способные ученики какими-то особыми правами, которых нет у других ребят в классе?
25. Кажется ли тебе иногда, что никто из родителей тебя хорошо не понимает?
26. Часто ли твои одноклассники смеются над тобой, когда ты делаешь ошибки?
27. Обычно тебя волнует то, что думают о тебе окружающие?
28. Выполнив задание, беспокоишься ли ты о том, хорошо ли с ним справился?
29. Чувствуешь ли ты себя хуже от волнений и ожидания неприятностей?
30. Случается ли, что ты испытываешь кожный зуд и покалывание, когда волнуешься?
31. Часто ли ты волнуешься из-за того, что, как выясняется позже, не имеет никакого значения?
32. Верно ли, что большинство ребят относится к тебе по-дружески?
33. Испытываешь ли ты стеснение, находясь среди малознакомых людей?
34. Волнуешься ли ты, когда учитель просит остаться после уроков и поработать с ним индивидуально?
35. Когда у тебя плохое настроение, советуют ли тебе твои родители успокоиться и отвлечься?
36. Когда ты получаешь хорошие отметки, думает ли кто-нибудь из твоих друзей, что ты хочешь выделиться?
37. Часто ли, отвечая на уроке, ты переживаешь о том, что думают о тебе в это время другие?
38. Мечтаешь ли ты о том, чтобы поменьше волноваться, когда тебя спрашивают?
39. Часто ли у тебя болит голова после напряженного дня?
40. Бывает ли у тебя сильное сердцебиение в тревожных для тебя ситуациях?
41. Часто ли ты чувствуешь неуверенность в себе?
42. Нравится ли тебе тот одноклассник, к которому другие ребята относятся лучше всех?
43. Обычно ты боишься невольно обидеть других людей своими случайно сказанными словами или поведением?
44. Боишься ли ты критики со стороны учителя?
45. Начинают ли твои родители сердиться и возмущаться по поводу любого пустяка, совершенного тобой?
46. Надеешься ли ты в будущем учиться лучше, чем теперь?
47. Часто ли одноклассники смеются над твоей внешностью и поведением?

48. Бывает ли так, что, отвечая перед классом, ты начинаешь заикаться и не можешь ясно произнести ни одного слова?
49. Трудно ли тебе вставать по утрам вовремя?
50. Бывают ли у тебя внезапные чувства жара или озноба?
51. Трудно ли тебе сосредоточиться на чем-то одном?
52. Верно ли, что большинство твоих одноклассников не обращают на тебя внимания?
53. Часто ли ты, услышав смех, чувствуешь себя задетым и думаешь, что смеются над тобой?
54. Легко ли учителю привести тебя в замешательство своим неожиданным вопросом?
55. Часто ли твои родители интересуются тем, что тебя волнует и чего ты хочешь?
56. Боишься ли ты не справиться со своей работой?
57. Часто ли ты упрекаешь себя в том, что не используешь многие свои способности?
58. Обычно ты спишь спокойно накануне контрольной или экзамена?
59. Легко ли ты засыпаешь вечером?
60. Кажется ли тебе иногда, что твое сердце бьется неравномерно?
61. Часто ли тебе снятся страшные сны?
62. Считаешь ли ты, что одеваешься в школу так же хорошо, как и твои одноклассники?
63. Боишься ли ты потерять симпатии других людей?
64. Считаешь ли ты, что педагоги относятся к тебе несправедливо?
65. Всегда ли родители с пониманием выслушивают твои взгляды и мнения?
66. Можешь ли ты быть очень настойчивым, если хочешь добиться определенной цели?
67. Трудно ли тебе писать, если при этом кто-то смотрит на твои руки?
68. Часто ли ты получаешь низкую оценку, хорошо зная материал только из-за того, что волнуешься и теряешься при ответе?
69. Часто ли ты сердишься по мелочам?
70. Бывает ли так, что при волнении у тебя появляются красные пятна на шее и на лице?
71. Часто ли ты испытываешь страх в тех ситуациях, когда точно знаешь, что тебе ничто не угрожает?
72. Злятся ли некоторые из твоих одноклассников, когда тебе удастся быть лучше их?
73. Обычно тебе безразлично, что думают о тебе другие?
74. Боишься ли ты, что тебя могут вызвать к директору?
75. Если ты сделаешь что-нибудь не так, будут ли твои родители постоянно и везде говорить об этом?
76. Снится ли тебе иногда, что ты в школе и не можешь ответить на вопрос учителя?
77. Нравится ли тебе быть первым, чтобы другие тебе подражали и следовали бы за тобой?
78. Если ты не можешь ответить, когда тебя спрашивают, чувствуешь ли ты, что вот-вот расплачешься?
79. Часто ли тебе приходится дома доделывать задания, которые ты не успел выполнить в классе?
80. Бывает ли тебе трудно дышать из-за волнения?
81. Боишься ли ты оставаться дома один?
82. Мешает ли тебе твоя застенчивость подружиться с тем, с кем хотелось бы?
83. Часто ли бывает, что тебе кажется, будто окружающие смотрят на тебя, как на никчемного и ненужного человека?
84. «Холодеет» ли у тебя все внутри, когда учитель делает тебе замечание?

85. Бывает ли тебе обидно, когда твое мнение не совпадает с мнением твоих родителей, а они категорически настаивают на своем?
86. Часто ли тебе снится, что твои одноклассники могут сделать то, что не можешь ты?
87. Боишься ли ты, что тебя неправильно поймут, когда ты захочешь что-то сказать?
88. Часто ли бывает такое, что у тебя слегка дрожит рука при выполнении контрольных заданий?
89. Легко ли тебе расплакаться из-за ерунды?
90. Боишься ли ты, что тебе вдруг станет дурно в классе?
91. Страшно ли тебе оставаться одному в темной комнате?
92. Доволен ли ты тем, как к тебе относятся одноклассники?
93. Трудно ли тебе получать такие отметки, каких ждут от тебя окружающие?
94. Снится ли тебе временами, что учитель в ярости из-за того, что ты не знаешь урок?
95. Чувствуешь ли ты себя никому не нужным каждый раз после ссоры с родителями?
96. Сильно ли ты переживаешь по поводу замечаний и отметок, которые тебя не удовлетворяют?
97. Дрожит ли слегка твоя рука, когда учитель просит сделать задание на доске перед всем классом?
98. Беспokoишься ли ты по дороге в школу, что учитель может дать классу проверочную работу?
99. Часто ли ты получаешь более низкую оценку, чем мог бы получить из-за того, что не успел чего-то сделать?
100. Потеют ли у тебя руки и ноги при волнении?

### Процедура проведения

---

Опросник рассчитан на детей и подростков школьного возраста (от 8 до 18 лет). Помимо использования данного опросника в заявленном возрастном диапазоне, особенности построения методики многомерной оценки детской тревожности допускают в исключительных случаях возможность работы с детьми 6-7 лет, а также с детьми любого возраста, не имеющими физической возможности самостоятельно заполнить опросник. В этом случае предполагается использование формы стандартного интервью, в ходе которого опросник заполняет экспериментатор (иногда с помощью родителей).

Испытуемому предъявляется инструкция в устной или письменной форме, текст опросника и бланк для регистрации ответов. Время заполнения бланка не ограничивается, однако, испытуемому предлагается отвечать на вопросы по возможности быстро, не обдумывая. Как показывает опыт, выполнение заданий опросника является простым, доступным детям в возрасте от 7 до 18 лет и длится от 20 до 30 минут. Кроме того, возможным представляется его использование как в индивидуальной работе, так и при массовых исследованиях. Испытуемый (или помогающий ему взрослый) в соответствии с инструкцией фиксирует на регистрационном бланке свои ответы на каждый из 100 вопросов.

Использование методики целесообразно при оценке динамики эмоциональных нарушений у детей с нервно-психическими и психосоматическими расстройствами в стационарной и амбулаторной практике, особенно - для уточнения и содержательной квалификации задач для проведения психокоррекционных мероприятий с «трудными» и «проблемными» детьми.

К ограничениям в использовании опросника можно отнести, прежде всего, возраст испытуемых младше 7 и старше 18 лет, а также низкую степень понимания смысла

вопросов при отчетливом снижении интеллекта и наличие выраженных установок на симуляцию или диссимуляцию у испытуемого.

### Ключ (интерперетация):

#### Подсчёт сырых баллов

Подсчёт сырых баллов производится путём простого математического суммирования результатов ответов на все пункты, принадлежащие каждой шкале (на бланке ответов пункты специально распределены таким образом, что каждый столбец соответствует одной шкале). Часть пунктов интерпретируется в обратных значениях:

Шкала	Прямые утверждения	Обратные утверждения
Общая тревожность	1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, 91	
Тревога во взаимоотношениях со сверстниками	2, 12, 22, 52, 72, 82	32, 42, 62, 92
Тревога в связи с оценкой окружающих	3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 83, 93	73
Тревога во взаимоотношениях с учителями	4, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, 94	14
Тревога во взаимоотношениях с родителями	25, 45, 75, 85, 95	5, 15, 35, 55, 65
Тревога, связанная с успешностью в обучении	6, 16, 26, 36, 46, 56, 76, 86, 96	66
Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения	7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 87, 97	77
Тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний	8, 18, 28, 38, 48, 68, 78, 88, 98	58
Снижение психической активности, связанное с тревогой	9, 29, 39, 49, 69, 79, 89, 99	19, 59
Повышение вегетативной реактивности, связанное с тревогой	10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100	

Поскольку ответы производятся по принципу Да / Нет, а каждая шкала содержит по 10 пунктов, то максимальное значение сырых баллов по каждой шкале - 10, минимальное - 0.

Отнесение испытуемого к той или иной группе может быть произведено на основании сравнения с нормативными показателями соответствующей выборки.

Таблица нормативных показателей

#### Стандартизованные оценки для девочек 7-10 лет (N=62)

Шкала	M±σ	Стандартизованные оценки			
		Низкие	Средние	Высокие	Крайне

					<b>высокие</b>
1	5,40 ± 2,60	0-2	3-7	8-9	10
2	4,45 ± 2,36	0-2	3-6	7-8	9-10
3	5,55 ± 2,55	0-3	4-8	9	10
4	5,52 ± 2,00	0-3	4-7	8	9-10
5	4,69 ± 2,02	0-2	3-6	7-8	9-10
6	5,16 ± 2,15	0-2	3-7	8	9-10
7	5,60 ± 2,49	0-3	4-8	9	10
8	6,03 ± 2,39	0-3	4-8	9	10
9	5,27 ± 2,33	0-2	3-7	8	9-10
10	4,94 ± 2,44	0-2	3-7	8	9-10

**Стандартизованные оценки для девочек 11-12 лет (N=119)**

Шкала	M±σ	Стандартизованные оценки			
		Низкие	Средние	Высокие	Крайне высокие
1	4,18 ± 2,42	0-1	2-6	7-8	9-10
2	3,74 ± 2,29	0-1	2-6	7	8-10
3	4,65 ± 2,33	0-2	3-6	7-8	9-10
4	4,18 ± 2,26	0-1	2-6	7-8	9-10
5	4,03 ± 2,23	0-1	2-6	7	8-10
6	3,96 ± 2,01	0-1	2-5	6-7	8-10
7	4,61 ± 2,14	0-2	3-6	7-8	9-10
8	4,79 ± 2,50	0-2	3-7	8-9	10
9	4,00 ± 2,27	0-1	2-6	7	8-10
10	3,69 ± 2,32	0-1	2-6	7	8-10

**Стандартизованные оценки для девочек 13-14 лет (N=181)**

Шкала	M±σ	Стандартизованные оценки			
		Низкие	Средние	Высокие	Крайне высокие
1	3,40 ± 2,16	0-1	2-5	6-7	8-10
2	3,56 ± 2,25	0-1	2-5	6-7	8-10
3	4,68 ± 2,33	0-2	3-7	8	9-10
4	3,67 ± 2,25	0-1	2-5	6-7	8-10

5	4,21 ± 2,62	0-1	2-6	7-8	9-10
6	3,44 ± 1,82	0-1	2-5	6	7-10
7	3,94 ± 1,91	0-1	2-5	6-7	8-10
8	4,48 ± 2,44	0-1	2-6	7-8	9-10
9	4,59 ± 2,10	0-2	3-6	7-8	9-10
10	3,47 ± 2,10	0-1	2-5	6-7	8-10

**Стандартизованные оценки для девочек 15-17 лет (N=106)**

Шкала	M±σ	Стандартизованные оценки			
		Низкие	Средние	Высокие	Крайне высокие
1	3,32 ± 2,31	0-1	2-5	6-7	8-10
2	3,29 ± 2,02	0-1	2-5	6-7	8-10
3	4,17 ± 2,42	0-1	2-6	7-8	9-10
4	3,51 ± 2,00	0-1	2-5	6-7	8-10
5	4,42 ± 2,33	0-1	2-6	7-8	9-10
6	3,27 ± 1,66	0-1	2-4	5-6	7-10
7	3,65 ± 2,18	0-1	2-5	6-7	8-10
8	4,18 ± 2,53	0-1	2-6	7-8	9-10
9	4,61 ± 2,16	0-2	3-6	7-8	9-10
10	3,88 ± 2,22	0-1	2-6	7-8	9-10

**Стандартизованные оценки для мальчиков 7-10 лет (N=89)**

Шкала	M±σ	Стандартизованные оценки			
		Низкие	Средние	Высокие	Крайне высокие
1	4,13 ± 2,40	0-1	2-6	7-8	9-10
2	3,89 ± 2,15	0-1	2-6	7-8	9-10
3	4,61 ± 1,87	0-2	3-6	7-8	9-10
4	4,51 ± 2,10	0-2	3-6	7-8	9-10
5	4,12 ± 1,94	0-2	3-6	7	8-10
6	4,18 ± 1,87	0-2	3-6	7	8-10
7	4,09 ± 2,11	0-2	3-6	7-8	9-10
8	5,00 ± 2,40	0-2	3-7	8-9	10
9	4,35 ± 2,16	0-2	3-6	7-8	9-10



10	3,81 ± 2,58	0-1	2-6	7-8	9-10
----	-------------	-----	-----	-----	------

**Стандартизованные оценки для мальчиков 11-12 лет (N=111)**

Шкала	M±σ	Стандартизованные оценки			
		Низкие	Средние	Высокие	Крайне высокие
1	2,97 ± 2,37	0-1	2-5	6-7	8-10
2	3,67 ± 1,97	0-1	2-5	6-7	8-10
3	4,17 ± 2,50	0-1	2-6	7-8	9-10
4	3,96 ± 2,10	0-1	2-6	7-8	9-10
5	3,80 ± 2,00	0-1	2-5	6-7	8-10
6	3,95 ± 1,53	0-2	3-5	6-7	8-10
7	3,87 ± 2,20	0-1	2-6	7-8	9-10
8	4,13 ± 2,33	0-1	2-6	7-8	9-10
9	3,50 ± 1,97	0-1	2-5	6-7	8-10
10	2,72 ± 2,29	0-1	2-5	6-7	8-10

**Стандартизованные оценки для мальчиков 13-14 лет (N=151)**

Шкала	M±σ	Стандартизованные оценки			
		Низкие	Средние	Высокие	Крайне высокие
1	2,74 ± 2,17	0-1	2-4	5-7	8-10
2	3,54 ± 2,14	0-1	2-5	6-7	8-10
3	4,17 ± 2,21	0-1	2-6	7-8	9-10
4	3,79 ± 2,26	0-1	2-6	7-8	9-10
5	4,38 ± 2,33	0-2	3-6	7-8	9-10
6	3,81 ± 2,00	0-1	2-5	6-7	8-10
7	3,76 ± 2,15	0-1	2-5	6-8	9-10
8	4,00 ± 2,31	0-1	2-6	7-8	9-10
9	3,85 ± 1,99	0-1	2-5	6-7	8-10
10	2,59 ± 2,02	0-1	2-4	5-6	7-10

**Стандартизованные оценки для мальчиков 15-17 лет (N= 81)**

Шкала	M±σ	Стандартизованные оценки			
		Низкие	Средние	Высокие	Крайне

					<b>ВЫСОКИЕ</b>
1	2,46 ± 2,07	0	1-4	5-6	7-10
2	3,16 ± 2,04	0-1	2-5	6-7	8-10
3	3,65 ± 2,27	0-1	2-5	6-8	9-10
4	3,09 ± 2,11	0-1	2-5	6-7	8-10
5	4,64 ± 2,15	0-2	3-6	7-9	10
6	3,18 ± 1,94	0-1	2-5	6-7	8-10
7	3,15 ± 1,98	0-1	2-5	6-7	8-10
8	3,13 ± 2,17	0-1	2-5	6-7	8-10
9	3,85 ± 1,70	0-2	3-5	6-7	8-10
10	2,64 ± 1,87	0	1-4	5-6	7-10