

Алгоритмы ведения пациентов с тревогой в практике терапевта

Шишкова В. Н., Драницына Б. Г., Драпкина О. М.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России.
Москва, Россия

Актуальность разработки алгоритмов по выявлению и дальнейшему ведению пациентов с тревогой для врачей амбулаторного звена обусловлена высокой частотой тревожных расстройств у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, в т.ч. сердечно-сосудистыми, ухудшением качества жизни и увеличением неблагоприятных исходов у пациентов с тревогой, а также недостаточным уровнем осведомленности врачей амбулаторного звена о важности диагностики и терапии тревожных расстройств. Цель — представить разработанные "Алгоритмы ведения пациентов с тревогой в практике терапевта" для выявления и своевременной коррекции тревожных расстройств в повседневной клинической практике терапевта. Алгоритмы предназначены для медицинских специалистов терапевтического профиля, работающих в первичном амбулаторном звене здравоохранения, а также для ординаторов терапевтического профиля.

Ключевые слова: тревога, тревожное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, алгоритм ведения.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 16/02-2023

Рецензия получена 25/02-2023

Принята к публикации 28/02-2023



Для цитирования: Шишкова В. Н., Драницына Б. Г., Драпкина О. М. Алгоритмы ведения пациентов с тревогой в практике терапевта. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(2):3526. doi:10.15829/1728-8800-2023-3526. EDN NKQFOC

Algorithms for the management of patients with anxiety in the internist's practice

Shishkova V. N., Dranitsyna B. G., Drapkina O. M.

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia

The development of guidelines for the detection and further management of patients with anxiety for outpatient physicians is relevant due to the high incidence of anxiety disorders in patients with non-communicable diseases, including cardiovascular diseases, deterioration in quality of life and an increase in adverse outcomes in patients with anxiety. In addition, there is an insufficient awareness of outpatient doctors about the importance of diagnosing and treating anxiety disorders. The aim was to present original "Algorithms for the Management of Patients with Anxiety in the Internist's Practice" for the detection and timely treatment of anxiety disorders in the routine practice of an internal medicine doctor. The algorithms are intended for internal medicine specialists working in primary outpatient healthcare, as well as for residents.

Keywords: anxiety, generalized anxiety disorder, management algorithm.

Relationships and Activities: none.

Shishkova V. N.* ORCID: 0000-0002-1042-4275, Dranitsyna B. G. ORCID: 0000-0003-3094-0338, Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430.

*Corresponding author:
veronika-1306@mail.ru

Received: 16/02-2023

Revision Received: 25/02-2023

Accepted: 28/02-2023

For citation: Shishkova V. N., Dranitsyna B. G., Drapkina O. M. Algorithms for the management of patients with anxiety in the internist's practice. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(2):3526. doi:10.15829/1728-8800-2023-3526. EDN NKQFOC

ТР — тревожное расстройство, ГТР — генерализованное ТР, ФР — факторы риска, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: veronika-1306@mail.ru

[Шишкова В. Н.* — д.м.н., в.н.с., руководитель отдела профилактики когнитивных и психоэмоциональных нарушений, ORCID: 0000-0002-1042-4275, Драницына Б. Г. — к.м.н., лаборант-исследователь отдела профилактики когнитивных и психоэмоциональных нарушений, ORCID: 0000-0003-3094-0338, Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430].

Ключевые моменты**Что известно о предмете исследования?**

- Тревога является самым частым психоэмоциональным фактором в клинической практике врачей-терапевтов.
- Тревожные расстройства увеличивают риск возникновения и развития сердечно-сосудистых заболеваний, ухудшают качество жизни, снижают мотивацию и приверженность к лечению.

Что добавляют результаты исследования?

- Выявление и своевременная коррекция тревожных расстройств являются важными условиями эффективного лечения хронических неинфекционных заболеваний.
- Возможность применения безопасных лекарственных средств для коррекции тревоги может стать перспективной стратегией ведения пациентов с сердечно-сосудистыми и другими хроническими неинфекционными заболеваниями в рамках терапевтического приема.

Key messages**What is already known about the subject?**

- Anxiety is the most frequent psycho-emotional factor in the clinical practice of general practitioners.
- Anxiety disorders increase the risk of cardiovascular diseases, worsen the quality of life, reduce motivation and adherence to treatment.

What might this study add?

- Detection and timely treatment of anxiety disorders are important conditions for effective treatment of noncommunicable diseases.
- The potential of using safe medications for the treatment of anxiety may be a promising plan for patients with cardiovascular and other noncommunicable diseases.

Введение

Тревожные расстройства (ТР) невротического спектра — это группа психоэмоциональных нарушений, основным проявлением которых является чувство тревоги, возникающее по причинам, не представляющим реальную опасность. ТР характеризуются появлением определенных эмоций (тревога, страх), соматических (вегетативные реакции) и поведенческих симптомов (охранительное, избегающее поведение) [1].

Тревога — это отрицательно окрашенная эмоция, выражающая ощущение неопределенности, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия.

Паника (паническая атака) — 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.

Страх — это эмоциональное состояние, представляющее собой защитную биологическую реакцию человека при переживании им реальной или мнимой опасности для его здоровья или благополучия.

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.

Одним из часто встречающихся вариантов ТР является генерализованное ТР (ГТР), которое со-

ставляет, по разным оценкам, 12-25%. ГТР более распространено у женщин, чем у мужчин, в соотношении 3:1. ГТР представляет собой расстройство, характеризующееся устойчивой тревогой и напряжением, неограниченными или невызванными какими-либо особыми окружающими обстоятельствами, приводящее к выраженной дезадаптации и повышенному суицидальному риску, не поддающееся сознательному контролю (т.е. такие пациенты не могут справиться с тревогой усилием воли или рациональными убеждениями), при этом интенсивность тревожных переживаний несоразмерна актуальной жизненной ситуации пациента.

Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) — также одно из наиболее распространенных психических расстройств, которое проявляется повторными паническими приступами, часто возникающими спонтанно, непредсказуемо для пациента, без связи со специфическими ситуациями, конкретными объектами, физическим напряжением или опасными для жизни ситуациями, при этом довольно быстро формируется антиципационная тревога (страх ожидания следующего приступа).

Тревожно-фобические расстройства — группа расстройств, в клинической картине которых преобладает предметная тревога, страх определенных ситуаций или объектов, но которые не представляют реальной опасности. В результате пациент старается избегать таких ситуаций или вынужден,

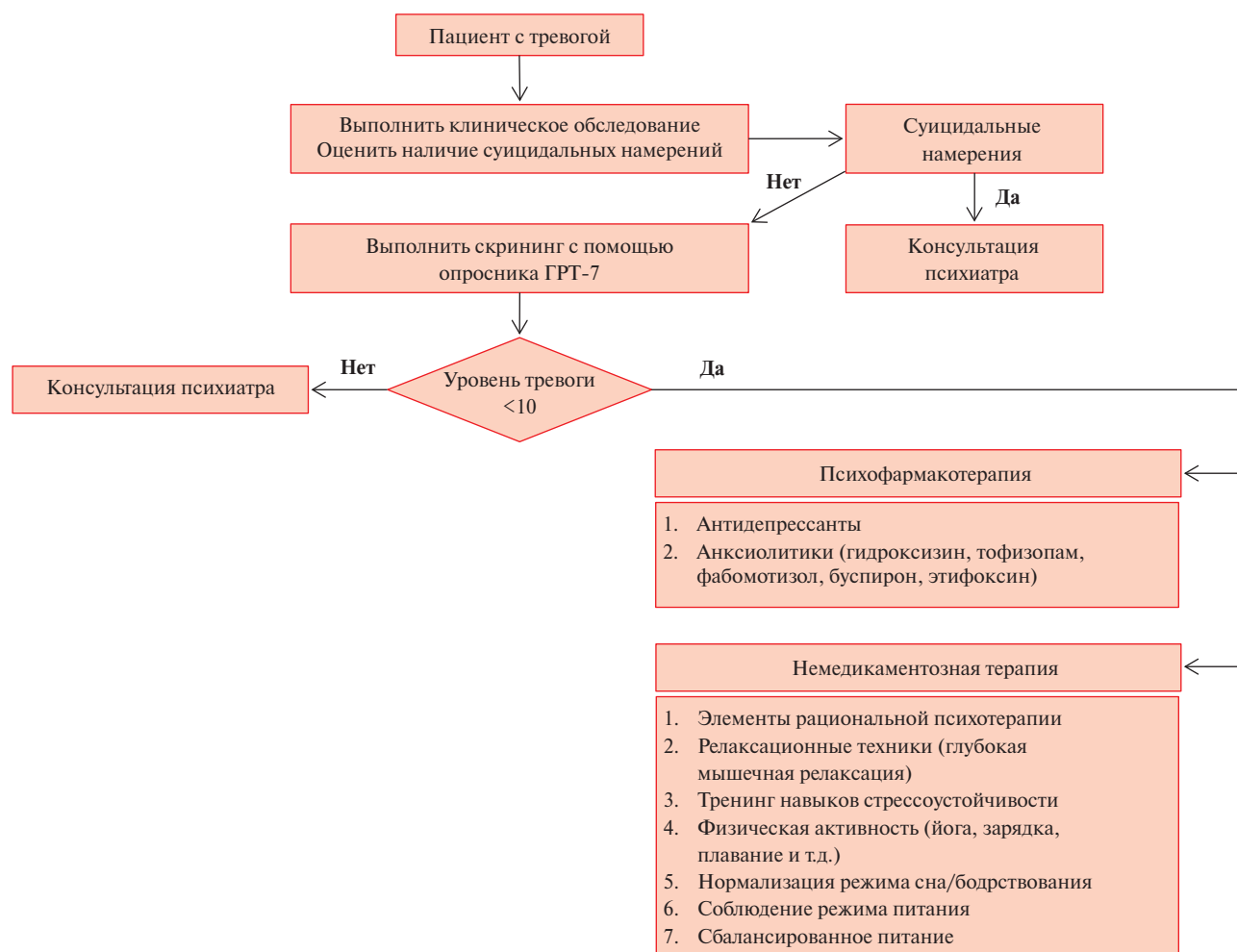


Рис. 1 Алгоритм врачебной тактики.

оказавшись в них, преодолевать чувство страха. Как правило, переживая страх в провоцирующей обстановке/ситуации, пациенты пытаются сопротивляться ему, ослаблять его интенсивность, искать способы борьбы с ним, используя различные приемы и отвлечения [1].

Вариантами тревожно-фобических расстройств являются: агорафобия (боязнь открытых пространств), клаустрофобия (боязнь замкнутых или тесных пространств), социальная фобия (социофобия, или социальное ТР, — это психологическое состояние, при котором человек постоянно испытывает страх взаимодействия с другими людьми), изолированная (специфическая) фобия: боязнь высоты (акрофобия), пауков (арахнофобия), полетов на самолете (аэрофобия) и т.д.

ТР представляют собой один из ключевых психосоциальных факторов, являющихся независимыми факторами риска (ФР) развития хронических неинфекционных заболеваний, в т.ч. сердечно-сосудистых (ССЗ), а также неблагоприятных исходов от ССЗ. Поэтому их выявление и своевременная те-

рапия в повседневной клинической практике должны являться важными условиями эффективного лечения [2].

В настоящее время психосоциальные факторы считаются важными модифицируемыми ФР развития и осложненного течения ССЗ. Установлено, что психосоциальные ФР в значительной мере отягощают клиническое течение ССЗ, существенно снижают приверженность больных к лечению, ухудшают их качество жизни, увеличивают риск инвалидизации и расходы системы здравоохранения [3].

Актуальность разработки рекомендаций по выявлению и дальнейшему ведению пациентов с тревогой и ССЗ для врачей амбулаторного звена обусловлена следующим:

- высокая частота встречаемости ТР у пациентов с ССЗ;
- ухудшение качества жизни и увеличение неблагоприятных исходов у пациентов с ССЗ и тревогой;
- недостаточный уровень осведомленности врачей амбулаторного звена о важности диагностики и терапии ТР.

Таблица 1

Опросник ГТР-7

Как часто Вы замечали за собой в течение последних двух недель следующее?	Не беспокоили	Несколько дней	Более половины дней	Практически каждый день
Нервозность или тревожность, чувство, что Вы "на пределе"	0	1	2	3
Неспособность остановить или контролировать беспокойство	0	1	2	3
Слишком сильное беспокойство о разных вещах	0	1	2	3
Вы не можете расслабиться	0	1	2	3
Суетливость, Вам трудно оставаться на месте	0	1	2	3
Вы легко раздражаетесь	0	1	2	3
Опасение того, что может случиться что-то ужасное	0	1	2	3
Общее количество баллов	+ _____		+ _____	+ _____

Примечание: общий балл для семи позиций составляет от 0 до 21. Суммы в 5, 10, 15 баллов являются границей для легкой, средней и тяжелой тревоги, соответственно.

Сумма баллов	Уровень тревожности
0-4	минимальный
5-9	умеренный
10-14	средний
15-21	высокий

Диагностика тревоги

При выявлении у пациентов следующих симптомов: необоснованное чувство тревоги, затруднение дыхания, головокружение, страх смерти или неминуемой катастрофы, боль в груди или в животе, чувство "кома в горле" и др. лечащий врач проводит дополнительную диагностику по выявлению и оценке степени выраженности ТР. Обычно диагноз ТР устанавливается после исключения соматической патологии, при которой могут наблюдаться похожие клинические проявления. Для врачей первичного амбулаторного звена маркерами могут служить следующие симптомы:

- чрезмерная тревога или беспокойство, не поддающиеся контролю и длящиеся не <6 мес.;
- наличие 3 из 6 следующих симптомов:
 - возбужденность или нервозность, состояние "на пределе";
 - быстрая утомляемость;
 - сниженная концентрация внимания;
 - раздражительность;
 - мышечное напряжение;
 - проблемы со сном;
 - возбудимость вегетативной нервной системы: повышенное потоотделение, тахикардия, сухость во рту, дискомфорт в эпигастральной области, нарушение стула, головокружение.

Наличие данных симптомов является поводом заподозрить у пациента ТР. Дальнейшие действия врача строятся согласно представленному алгоритму (рисунок 1). Для выявления и определения степени выраженности тревоги используют опросник ГТР-7 (таблица 1). Данный опросник разрабатывался для выявления и оценки степени тяжести ГТР и панического расстройства, но он также эффективен для выявления социального и постстресс-

сорного ТР, т.е. для большинства тревожных нарушений в практике врача-терапевта.

Терапия тревожных состояний в практике терапевта

Предложенный алгоритм ведения пациентов с тревогой (рисунок 1) включает следующие шаги:

1. Принимая во внимание факт возможного наличия суицидальных намерений у пациентов с ТР, необходимо их активное выявление. При выявлении суицидальных намерений показана консультация психиатра.

2. Пациентам со средним и более высоким уровнем тревоги (>10 баллов по опроснику ГТР-7) необходима дальнейшая диагностика для исключения других психических расстройств, поэтому таким пациентам должна быть рекомендована консультация психиатра.

3. Пациентам с умеренным уровнем тревоги (<10 баллов по опроснику ГТР-7) возможно назначение психофармакотерапии, согласно отечественным клиническим рекомендациям [4, 5]:

А. Антидепрессанты. Среди антидепрессантов в качестве препаратов первой линии рекомендуется назначать селективные ингибиторы обратного захвата серотонина либо селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина с целью снижения интенсивности тревоги и стабилизации настроения. Рекомендованная длительность терапии составляет 6-12 мес. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1).

Данный вариант лечения следует выбирать индивидуально с учетом психотропного и соматотропного действия препарата, возможных побочных эффектов. Не рекомендуется назначать селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина пациентам с гипертонической болезнью. Монотерапия антидепрессантами начи-

АФОБАЗОЛ® помогает устранять тревогу, ухудшающую течение и прогноз ССЗ¹



АФОБАЗОЛ® включен в Методические рекомендации!*

АФОБАЗОЛ® в комплексной терапии пациентов с ССЗ¹ и ТР²:

- ✓ Оптимизация гипотензивной терапии у пациентов с АГ³: снижение частоты гипертонических кризов/подъемов АД⁴
- ✓ Снижение частоты эпизодов фибрилляций предсердий до 33%⁵
- ✓ Снижение частоты госпитализаций пациентов с АГ по сердечно-сосудистым показаниям до 66%⁶
- ✓ Сокращение числа повторных обращений пациентов с АГ за стационарной помощью в течение 1,5 лет после проведенного лечения до 2-х раз⁶
- ✓ Сокращение длительности госпитализации до 20%⁷

¹ ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания. ² ТР — тревожные расстройства. ³ АГ — артериальная гипертензия. ⁴ По сравнению с базовой терапией. Медведев В.Э. Терапия тревожно-депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2015; 01: 22-30. ⁵ По сравнению с базовой терапией. Татарский Б. А. Бисерова И. Н. «Использование Афобазола при лечении пароксизмальной формы фибрилляции предсердий». РМЖ, 2007, №15 (9), 760-6. ⁶ По сравнению с базовой терапией. Чумакова Е.А., Гапонова Н.И., Березина Т.Н. Оценка эффективности применения терапии Афобазолом в комплексном лечении больных артериальной гипертензией. РЖ. 2014; №2 (106). ⁷ По сравнению с базовой терапией — фенезепам/корвалол/валокардин. Мельник М.Г. с соавт. Оценка краткосрочных эффектов Афобазола у гериатрических больных с сочетанными психосоматическими заболеваниями. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2014; 4: 46-51.

* Методические рекомендации «Психосоциальные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторной практике».

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

нается с минимальных дозировок и постепенно титруется до терапевтических. Анксиолитический эффект развивается индивидуально в течение 2-8 нед. Однако следует отметить, что применение антидепрессантов у пациентов с ССЗ связано с повышенным риском смерти и осложнений, в т.ч. вызванных межлекарственными взаимодействиями [3].

Б. Анксиолитики (транквилизаторы) бензодиазепинового ряда. Рекомендуются краткосрочная терапия бензодиазепинами с целью купирования тревоги и вегетативных симптомов. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2).

Главным преимуществом бензодиазепинов является быстрое снижение интенсивности тревожной симптоматики. Однако перед назначением этой группы препаратов должен быть хорошо собран наркологический анамнез. Нецелесообразно их назначать пациентам с зависимостью или риском формирования зависимости от психоактивных веществ. Также не рекомендуется назначать их пожилым пациентам в связи с увеличенным риском нарушений координации и падений. Препараты группы бензодиазепиновых анксиолитиков могут вызвать зависимость и "синдром отмены" при резком прекращении терапии, проявляющийся ухудшением состояния и усилением тревоги после прекращения приема. Поэтому длительность их применения должна быть ограничена 3-4 нед. [3]. Применение ограничивается также значимыми нежелательными эффектами — выраженной седацией, головокружением, нарушением координации, снижением концентрации внимания и памяти, нарушением психомоторных функций. Однако в данной группе есть исключение: тофизопам — производный бензодиазепина, но имеет иное расположение нитрогенной группы, что определяет ряд его специфических характеристик. К тофизопаму не развивается физическая зависимость, отсутствуют седативный и миорелаксирующий эффекты, он не влияет на когнитивное функционирование, поэтому отнесен к дневным транквилизаторам; кроме того, он не потенцирует действие алкоголя. В связи с выраженным вегетостабилизирующим эффектом широко применяется в неврологии для лечения психовегетативного синдрома. Взрослым назначают по 50-100 мг (1-2 таблетки) 1-3 раза/сут., длительность терапии составляет 4-12 нед.

В. Анксиолитики небензодиазепинового ряда. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2).

При оценке соотношения риск/польза у данной группы препаратов по сравнению с бензодиазепинами имеется ряд преимуществ, в частности, отсутствие риска формирования зависимости и возможность длительного назначения.

Гидроксизин — небензодиазепиновый транквилизатор, действующий как антагонист рецепторов

гистамина H1. Препарат не угнетает кору головного мозга, но его действие может быть связано с подавлением активности некоторых ключевых зон субкортикальной области центральной нервной системы. Данные фармакологических и клинических исследований свидетельствуют о том, что гидроксизин в терапевтических дозах не повышает желудочную секрецию или кислотность и в большинстве случаев проявляет умеренную антисекреторную активность. Гидроксизин также эффективно уменьшает выраженность зуда при разных формах крапивницы экземы и дерматита. Не вызывает "синдрома отмены", обладает спазмолитическим и симпатолитическим действием, демонстрирует умеренную анальгетическую активность. Для симптоматического лечения тревоги гидроксизин назначается от 50 до 100 мг (от 2 до 4 таблеток/1-2 раза/сут.).

Буспирон — небензодиазепиновый анксиолитик, оказывает селективный анксиолитический эффект. Обладает высокой аффинностью к пре- и постсинаптическим серотониновым рецепторам подтипа 5-HT1A. Уменьшает синтез и высвобождение серотонина, снижает активность серотонинергических нейронов, в т.ч. в дорсальном ядре шва. Селективно блокирует пре- и постсинаптические D2-дофаминовые рецепторы и повышает скорость возбуждения дофаминовых нейронов среднего мозга. Противотревожный эффект развивается постепенно, проявляется через 7-14 сут. и достигает максимума через 4 нед. Не оказывает отрицательного влияния на психомоторные функции, не вызывает привыкания, лекарственной зависимости и "синдрома отмены", не потенцирует действие алкоголя. Буспирон взрослым назначается по 5 мг 3 раза/сут. При необходимости дозу увеличивают на 5 мг/сут. через каждые 2-3 дня до достижения желаемого эффекта. Максимально допустимые дозы — 45-60 мг/сут.

Этифоксин — производное бензоксазина, обладает анксиолитической активностью, в меньшей степени оказывает седативное действие. Избирательно воздействует на хлорные каналы супрамолекулярного ГАМК (гамма-аминомасляная кислота)-бензодиазепин-хлор-ионофор рецепторного комплекса, ингибируя ГАМК-ергическую передачу. Не вызывает привыкания и синдрома отмены. Препарат рекомендуется принимать внутрь по 50 мг 3 раза/сут. или по 100 мг 2 раза/сут. Курс лечения обычно составляет от нескольких дней до 4-6 нед.

Фабомотизол — небензодиазепиновый транквилизатор, селективный агонист σ -1-рецепторов в нервных клетках головного мозга. Действие препарата реализуется преимущественно в виде сочетания противотревожного и легкого активирующего эффектов, кроме того, препарат обладает нейропротективным действием. Фабомотизол не вызывает мышечную слабость, сонливость и не оказывает негативного влияния на концентрацию внимания и па-

мять. При его применении не формируются привыкание и лекарственная зависимость, не развивается "синдром отмены". Особенно показано применение препарата у пациентов с личностными чертами в виде тревожной мнительности, неуверенности, повышенной ранимости и эмоциональной лабильности, склонности к эмоционально-стрессовым реакциям. Фабомотизол применяется внутрь, после еды по 10 мг (1 таблетка) 3 раза/сут. Длительность курсового применения препарата составляет 2-4 нед. При необходимости суточная доза препарата может быть увеличена до 60 мг, а длительность лечения до 3 мес.

Пациентам с ТР при применении психофармакологических препаратов рекомендована оценка эффективности и переносимости терапии, которая проводится на 7-14-28 сут. терапии и далее 1 раз/мес. до окончания курса лечения с целью своевременной коррекции проводимого лечения. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1).

Г. Психотерапия является доказанным эффективным методом лечения ТР, которая включает много разных направлений.

Когнитивно-поведенческая терапия — методика полезна при лечении ТР. Применение когнитивного подхода способствует изменениям в моделях мышления. Поведенческий подход, в свою очередь, включает обучение пациентов глубокому расслаблению и помогает снизить чувствительность к пусковым факторам, вызывающим тревогу. Чтобы психотерапия была эффективной, она должна быть направлена на тот вид тревоги, который характерен именно для этого пациента, и конкретизирована под его или ее потребности. Побочные эффекты минимальны, если не считать того, что возвращение к нормальному психическому состоянию, как правило связано с непостоянным незначительным усилением тревожности. В когнитивно-поведенческой терапии могут использоваться прикладные техники релаксации, дыхательные практики, когнитивное восстановление и обучение.

Навыки релаксации помогают восстанавливать силы, стабилизировать эмоциональное состояние, снизить уровень тревоги. Существует множество способов и техник релаксации на основе музыки, дыхания, визуализации, различных видов медитаций. Прогрессивная мышечная релаксация через последовательное расслабление позволяет уменьшить возбуждение нервной системы и снизить тревожное состояние.

Один из видов психотерапии, доступный для применения в клинической практике врача терапевта — это элементы рациональной психотерапии. Рациональная психотерапия представляет собой коррекцию искаженных представлений о заболевании, сформированных под влиянием личностных особенностей пациента и гипертрофированных переживаний, а также недостаточной информированности, установки на болезнь и неблагоприятных обстоятельств жизни. При проведении рациональной психотерапии важны компетенции врача не только в знаниях различных областей медицины, но и в аргументированном убеждении пациента, а также применении законов логики для коррекции мышления пациента.

С целью более эффективного и стойкого снижения тревоги пациентам с ТР рекомендовано использовать различные виды психотерапии в комбинации с психофармакотерапией. Для достижения эффекта психотерапия должна осуществляться еженедельно на протяжении как минимум 8 нед. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 1).

Таким образом, представленные алгоритмы выявления и своевременной коррекции тревоги в повседневной клинической практике терапевта и кардиолога, являясь важным условием эффективного лечения, могут стать перспективной стратегией ведения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Psychiatry. National leadership. Ed. Alexandrovsky Yu.A., Neznanov N.G. M.: GEOTAR-Media 2020: 1008p. (In Russ.) Психиатрия. Национальное руководство. Под ред. Александровского Ю. А., Незнанов Н. Г. М.: ГЭОТАР-Медиа 2018: 1008с. ISBN: 978-5-9704-4462-7.
2. Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. 2022 Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2022;21(4):3235. (In Russ.) Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. doi:10.15829/1728-8800-2022-3235. EDN DNBVAT.
3. Drapkina OM, Shishkova VN, Kotova MB. Psychoemotional risk factors for non-communicable diseases in outpatient practice. Guidelines for internists. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2022;21(10):3438. (In Russ.) Драпкина О.М., Шишкова В.Н., Котова М.Б. Психоэмоциональные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторной практике. Методические рекомендации для терапевтов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(10):3438. doi:10.15829/1728-8800-2022-3438.
4. Russian Society of Psychiatrists. Clinical recommendations. Generalized anxiety disorder. Moscow: 2021. 101с. (In Russ.) Российское общество психиатров. Клинические рекомендации. Генерализованное тревожное расстройство. М.: 2021. 101с.
5. Russian Society of Psychiatrists. Clinical recommendations. Anxiety-phobic disorders. Moscow: 2021. 103с. (In Russ.) Российское общество психиатров. Клинические рекомендации. Тревожно-фобические расстройства. М.: 2021. 103с.