

# Генерализованное тревожное расстройство в реальной клинической практике: перспективы диагностики и терапии

**Д.С. Петелин**<sup>✉</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-2228-6316>, [petelinhome1@yandex.ru](mailto:petelinhome1@yandex.ru)

**С.С. Герасимов**, <https://orcid.org/0009-0004-9983-6648>, [gerasimov.s3regey@yandex.ru](mailto:gerasimov.s3regey@yandex.ru)

**Ю.В. Долгополова**, <https://orcid.org/0009-0006-8011-0307>, [juliadolgopolova98@gmail.com](mailto:juliadolgopolova98@gmail.com)

**С.А. Семин**, <https://orcid.org/0000-0002-0061-1798>, [semockin171@mail.ru](mailto:semockin171@mail.ru)

**Е.И. Воронова**, <https://orcid.org/0000-0001-6605-4851>, [voronova\\_e@mail.ru](mailto:voronova_e@mail.ru)

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

## Резюме

Тревожные расстройства относятся к числу наиболее распространенных заболеваний психической сферы в современном мире, и одним из наиболее значимых среди них является генерализованное тревожное расстройство. Для этого расстройства характерны длительное существование стойкого и выраженного беспокойства по различным поводам, а также многочисленные тягостные телесные ощущения, утомляемость, нарушения сна и болевая симптоматика. В многочисленных исследованиях показано, что нелеченное генерализованное тревожное расстройство существенно снижает качество жизни пациентов, повышает риск инвалидизации, а также негативно влияет на течение ряда социально и клинически значимых соматических заболеваний. Несмотря на большое число разработанных методов диагностики и терапии, ведение пациентов с данным расстройством в реальной клинической практике остается непростой задачей, требующей от клинициста дифференцированного подбора терапевтических интервенций. Согласно современным данным, при генерализованном тревожном расстройстве могут быть эффективны рекомендации по коррекции образа жизни, психотерапевтические интервенции (в первую очередь когнитивно-поведенческая терапия), а также психофармакотерапия. Первой линией психофармакотерапии генерализованного тревожного расстройства являются ингибиторы обратного захвата моноаминов, а наиболее отчетливым быстрым противотревожным эффектом обладают транквилизаторы бензодиазепинового ряда. Тем не менее препараты обоих классов не лишены побочных эффектов и недостатков, что лимитирует их универсальное назначение всем пациентам с генерализованным тревожным расстройством. В статье на примере двух клинических наблюдений показано, как небензодиазепиновый анксиолитик – оригинальный препарат этифоксин – может оказаться полезной опцией в терапии генерализованного тревожного расстройства: в зависимости от клинической ситуации – как в монотерапии, так и в качестве дополнения к ингибитору обратного захвата серотонина и норадреналина.

**Ключевые слова:** генерализованное тревожное расстройство, психофармакотерапия, психотерапия, соматизированная тревога, оригинальный этифоксин

**Для цитирования:** Петелин ДС, Герасимов СС, Долгополова ЮВ, Семин СА, Воронова ЕИ. Генерализованное тревожное расстройство в реальной клинической практике: перспективы диагностики и терапии. *Медицинский совет.* 2026;20(3):92–101. <https://doi.org/10.21518/ms2026-109>.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Generalized anxiety disorder in real-world clinical practice: Prospects for diagnosis and treatment

**Dmitry S. Petelin**<sup>✉</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-2228-6316>, [petelinhome1@yandex.ru](mailto:petelinhome1@yandex.ru)

**Sergey S. Gerasimov**, <https://orcid.org/0009-0004-9983-6648>, [gerasimov.s3regey@yandex.ru](mailto:gerasimov.s3regey@yandex.ru)

**Yulia V. Dolgopolova**, <https://orcid.org/0009-0006-8011-0307>, [juliadolgopolova98@gmail.com](mailto:juliadolgopolova98@gmail.com)

**Sergey A. Semin**, <https://orcid.org/0000-0002-0061-1798>, [semockin171@mail.ru](mailto:semockin171@mail.ru)

**Evgeniya I. Voronova**, <https://orcid.org/0000-0001-6605-4851>, [voronova\\_e@mail.ru](mailto:voronova_e@mail.ru)

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119048, Russia

## Abstract

Anxiety disorders are among the most common forms of mental illness in the modern world, and one of the most significant is generalized anxiety disorder. This disorder is characterized by long-term, persistent, and severe anxiety about various issues, as well as numerous distressing sensations in the body, fatigue, sleep disturbances, and pain symptoms. Numerous studies have shown that untreated generalized anxiety disorder significantly reduces patients' quality of life, increases

the risk of disability, and negatively impacts the course of a number of socially and clinically significant somatic diseases. Despite the large number of developed diagnostic and therapeutic methods, managing patients with this disorder in real-world clinical practice remains a challenging task, requiring the clinician to select differentiated therapeutic interventions. According to current data, lifestyle modification recommendations, psychotherapeutic interventions (primarily cognitive behavioral therapy), and psychopharmacotherapy can be effective in treating generalized anxiety disorder. Monoamine reuptake inhibitors are the first-line psychopharmacotherapy for generalized anxiety disorder, and benzodiazepine tranquilizers have the most pronounced rapid anti-anxiety effect. However, both classes of medications are not without side effects and drawbacks, limiting their universal use in all patients with generalized anxiety disorder. This article concludes with two case reports demonstrating how the non-benzodiazepine anxiolytic original etifoxine may be a useful treatment option for generalized anxiety disorder, depending on the clinical situation, either as monotherapy or as an adjunct to a serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor.

**Keywords:** generalized anxiety disorder, psychopharmacotherapy, psychotherapy, somatization anxiety, etifoxine

**For citation:** Petelin DS, Gerasimov SS, Dolgoplova YuV, Semin SA, Voronova EI. Generalized anxiety disorder in real-world clinical practice: Prospects for diagnosis and treatment. *Meditinskii Sovet*. 2026;20(3):92–101. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2026-109>.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest.

## ВВЕДЕНИЕ

В современном мире тревожные расстройства заслуженно считаются наиболее распространенной формой психической патологии и выступают в качестве одного из важнейших вызовов для различных звеньев системы здравоохранения [1]. Согласно крупным эпидемиологическим исследованиям, в течение жизни от того или иного тревожного расстройства страдает около одной трети населения земного шара. При оценке 12-месячной распространенности тревожных расстройств в крупных популяциях выявлено несколько более низкое, но также крайне существенное значение – 8,4% населения. Представленные данные были получены в сравнительно спокойный период времени, тогда как работы, проведенные после начала пандемии COVID-19, показали значительное увеличение распространенности тревожных расстройств – вплоть до одномоментной заболеваемости около 30% населения земного шара [2].

Однако в реальной клинической практике следует учитывать, что удельный вес в структуре заболеваемости и клиническое значение различных форм тревожных расстройств неравнозначны. Так, наиболее часто среди тревожных расстройств в мире регистрируются относительно легкие специфические и социальные фобии, в то время как наибольшее негативное влияние на качество жизни оказывает хронически протекающее и клинически выраженное генерализованное тревожное расстройство (ГТР). В рамках настоящего обзора будут рассмотрены распространенность, клиническая картина, диагностика и терапия данного расстройства, а также проиллюстрированы подходы к его лечению на примере двух клинических случаев.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Несмотря на то что распространенность ГТР несколько ниже, чем специфических и социальных фобий, данное расстройство в течение жизни регистрируется примерно у 9% населения земного шара. Кроме

того, хроническое течение и обилие телесных симптомов при данном расстройстве делает его одним из наиболее широко представленных в клинической практике как в психиатрии, так и в общей медицинской сфере. В частности, ряд авторов показали, что в амбулаторном звене здравоохранения 5–10% пациентов соответствуют полным диагностическим критериям ГТР, при этом в целом среди всех тревожных расстройств на этот диагноз приходится 50% [3]. Считается, что наиболее часто ГТР регистрируется у пациентов женского пола и молодого возраста, достигая пиковой распространенности у женщин 18–24 лет [4]. Тем не менее до настоящего времени остается неясным, в какой мере полученные данные отражают истинное преобладание ГТР, а в какой более частую его диагностику в данной категории пациентов (у молодых женщин), в то время как лицам более старшей возрастной категории и мужчинам чаще ставят другие диагнозы (например, вегетососудистая дистония, дисциркуляторная энцефалопатия и др.).

Наличие ГТР имеет важное прогностическое значение для пациентов, поскольку, помимо субъективно переживаемого страдания, сопровождается существенными последствиями: снижением трудоспособности, отягощением течения соматических и неврологических заболеваний, а также нецелевым расходом ресурсов здравоохранения.

Так, в ряде исследований было показано, что примерно 1 из 10 пациентов с ГТР фактически оказывается полностью нетрудоспособным даже в отсутствие каких-либо других соматических или психических расстройств, а существенные трудности в выполнении рабочих обязанностей испытывают до 75% пациентов [5]. Наличие ГТР повышает риск развития как других психических расстройств (в первую очередь большого депрессивного расстройства), так и ряда соматических заболеваний, в числе которых гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2-го типа, инфаркт миокарда, инсульт, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [6–8]. Наконец, при недиагностированной и нелеченной генерализованной тревоге часто повторяются

бессмысленные и зачастую дорогостоящие диагностические исследования, а также назначается необоснованная и ненужная терапия [9]. Представленные данные убедительно свидетельствуют о том, что ГТР является важной медико-социальной проблемой, а его своевременная диагностика и терапия позволяют существенно улучшить как благополучие пациента, так и качество медицинской помощи.

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Кардинальной клинической характеристикой ГТР является наличие и длительное существование так называемой свободной плавающей тревоги, проявляющейся в виде опасений по поводу разнообразных ситуаций на протяжении как минимум 6 мес. Кроме того, для ГТР характерно наличие большого количества телесных симптомов, которые в существенной степени отражают активацию симпатической нервной системы в ответ на стойко беспокоящие пациента опасения [10]. Формальные критерии диагноза ГТР представлены в *табл. 1*.

Целесообразно прокомментировать каждый из этих пунктов. Пункт А позволяет достоверно дифференцировать ГТР от других форм тревожных расстройств. В отличие от фобий, при ГТР не формируется отчетливый страх перед определенной ситуацией, объектом или явлением. Вместо этого тревога охватывает исключительно широкий спектр ситуаций, в том числе не ассоциированных с чувством страха у большинства здоровых людей. С другой стороны, в отличие от панического расстройства, для ГТР характерно длительное персистирование тревожной симптоматики без явных приступов и их тревожного ожидания. Критерий Б описывает многообразие соматических и психических симптомов ГТР, при этом подчеркивая необходимость наличия в клинической картине хотя бы одного симптома, свидетельствующего об активации симпатической нервной системы – например, учащенное сердцебиение, потливость, тремор или сухость во рту. Вместе с тем большинство пациентов с ГТР сообщают о наличии крайне широкого спектра соматизированных симптомов – на них жалуются 90–100% пациентов с ГТР, а среднее число соматических жалоб составляет от 11 до 38. Наиболее частыми соматизированными симптомами при ГТР являются утомляемость и бессонница. Также довольно часто отмечаются мышечное напряжение, болевые синдромы, жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта [11]. Критерии В и Г отражают необходимость проведения дифференциального диагноза с другими расстройствами, при которых чувство тревоги не является первичным и самостоятельным, а обусловлено другим диагнозом – например, обсессивно-компульсивным расстройством, тиреотоксикозом или синдромом отмены алкоголя.

Несмотря на значимость диагностических критериев ГТР в практической деятельности, следует учитывать, что спектр его проявлений является существенно шире, а наличие клинически очерченной тревожной

симптоматики сопряжено с целым рядом проявлений, наблюдаемых как во внешнем виде пациента, так и в его поведении. Более широкая палитра симптомов ГТР представлена в *табл. 2*.

### ДИАГНОСТИКА

Двумя основными диагностическими подходами при ГТР являются клинический и психометрический (*табл. 3*). Эти подходы не противоречат друг другу, а, напротив, взаимно дополняют друг друга. Диагноз ГТР, как и большинства других психиатрических диагнозов, не может быть установлен исключительно на основании психометрических методик и опросников, задача которых состоит в скрининге и формализованной оценке тяжести. Клиническое интервью и расспрос при диагностике ГТР

● **Таблица 1.** Критерии диагностики генерализованного тревожного расстройства согласно МКБ-10

● **Table 1.** ICD-10 criteria for diagnosing generalized anxiety disorder

<p>А. Выраженное чувство страха, беспокойства или внутреннего напряжения, касающееся повседневных забот или проблем, длящееся более 6 мес.</p>
<p>Б. Наличие по меньшей мере 4 симптомов из перечисленных ниже, причем хотя бы один симптом должен быть из пунктов 1–4</p> <p><i>Вегетативные симптомы</i></p> <p>1) Ускорение частоты сердечных сокращений или субъективное восприятие перебоев ритма сердца</p> <p>2) Потливость</p> <p>3) Тремор</p> <p>4) Сухость во рту (не связанная с дегидратацией или действием других медикаментов)</p> <p><i>Симптомы, связанные с грудной клеткой и брюшной полостью</i></p> <p>5) Одышка</p> <p>6) Чувство удушья</p> <p>7) Боль или дискомфорт в грудной клетке</p> <p>8) Тошнота или неприятные ощущения в эпигастрии</p> <p><i>Симптомы, связанные с психическим состоянием</i></p> <p>9) Головокружение, трудности координации движений</p> <p>10) Чувство нереальности окружающего мира</p> <p>11) Страх потерять контроль за своими действиями или сойти с ума</p> <p>12) Страх смерти</p> <p><i>Общие симптомы</i></p> <p>13) Онемение кожи или чувство мурашек по коже</p> <p>14) Озноб или приливы жара</p> <p><i>Симптомы, связанные с напряжением</i></p> <p>15) Мышечное напряжение или боли</p> <p>16) Неспособность расслабиться</p> <p>17) Ощущение взвинченности</p> <p>18) Чувство кома в горле или трудности при глотании</p> <p><i>Другие неспецифические симптомы</i></p> <p>19) Усиленное реагирование на небольшие неожиданности или на испуг</p> <p>20) Трудности сосредоточения в связи с имеющимся беспокойством</p> <p>21) Стойкая раздражительность</p> <p>22) Трудности засыпания из-за тревожных мыслей</p>
<p>В. Имеющиеся симптомы не могут быть отнесены к проявлениям панического, обсессивно-компульсивного или ипохондрического расстройства</p>
<p>Г. Имеющиеся симптомы не связаны с соматическим заболеванием (например, тиреотоксикоз) или воздействием психоактивных веществ (психостимуляторы, каннабиноиды)</p>

- **Таблица 2.** Клинический спектр проявлений генерализованного тревожного расстройства
- **Table 2.** Clinical spectrum of generalized anxiety disorder presentations

Наблюдаемые внешне проявления тревоги	Поведенческие следствия тревоги	Когнитивная тревога	Соматическая тревога
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ускоренная речь и моторика</li> <li>• Вздрагивание в ответ на неожиданные звуки</li> <li>• Неусидчивость</li> <li>• Усиление мелкой моторики</li> <li>• Растерянность</li> <li>• Избирательное внимание к негативной информации</li> <li>• Раздражительность</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Избегающее поведение</li> <li>• Повторное ознакомление с беспокоящей информацией в интернете</li> <li>• Склонность переспрашивать по несколько раз волнующие вопросы</li> <li>• Стремление к повторным обследованиям</li> <li>• Перепроверки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чувство внутреннего напряжения</li> <li>• Страх за будущее</li> <li>• Ощущение, что может произойти нечто ужасное</li> <li>• Непереносимость неопределенности</li> <li>• Страх потери контроля за своими действиями</li> <li>• Страх смерти</li> <li>• Чувство нереальности окружающего мира</li> <li>• Трудности засыпания из-за наплыва тревожных мыслей</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одышка</li> <li>• Чувство перебоев в работе сердца, учащенное сердцебиение</li> <li>• Тошнота</li> <li>• Болезненность или дискомфорт в грудной клетке или животе</li> <li>• Учащенная дефекация или мочеиспускание</li> <li>• Мышечное напряжение и болевые синдромы</li> <li>• Потливость</li> <li>• Приливы жара</li> <li>• Головокружение</li> <li>• Кожный зуд</li> <li>• Сухость во рту</li> <li>• Чувство кома в горле</li> <li>• Парестезии</li> </ul>

- **Таблица 3.** Диагностика генерализованного тревожного расстройства: основные подходы
- **Table 3.** Diagnosis of generalized anxiety disorder: major approaches

Скрининг, психометрические шкалы	Клиническое обследование
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Скрининговый опросник ГТР-7 (GAD-7, Generalized Anxiety Disorder 7-item scale)</li> <li>• Шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS, Hamilton Anxiety Rating Scale)</li> <li>• Шкала тревоги Бека (BAI, Beck Anxiety Inventory)</li> <li>• Интегративный тест тревожности</li> <li>• Шкала тревоги Спилбергера – Ханина (STAI, State-Trait Anxiety Inventory)</li> <li>• Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R, Symptom Checklist-90-Revised)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиническое интервью со сбором анамнестических сведений и определением клинического (психопатологического) статуса пациента</li> <li>• Сбор объективных анамнестических сведений</li> <li>• Дифференциальная диагностика с другой психической и соматической патологией</li> </ul>

- **Таблица 4.** Дифференциальная диагностика генерализованного тревожного расстройства
- **Table 4.** Differential diagnosis of generalized anxiety disorder

Психическая патология	Соматическая патология
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Другие тревожные расстройства (паническое расстройство, социальная фобия)</li> <li>• Обсессивно-компульсивное расстройство</li> <li>• Посттравматическое стрессовое расстройство</li> <li>• Аффективные расстройства (депрессии, маниакальные и смешанные состояния)</li> <li>• Соматоформное расстройство</li> <li>• Расстройства шизофренического спектра</li> <li>• Расстройства личности</li> <li>• Употребление психоактивных веществ и/или синдром отмены после их употребления</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Патология щитовидной железы</li> <li>• Феохромоцитома</li> <li>• Побочные эффекты фармакотерапии (оральные контрацептивы, гормонозаместительная терапия при гипотиреозе и др.)</li> </ul>

необходимы в первую очередь для того, чтобы доказать первичный характер тревожной симптоматики и исключить манифестацию тревоги вследствие другого психического расстройства или соматического заболевания.

Универсальный характер тревоги и ее широкая представленность при различных психических и соматических заболеваниях определяют необходимость проведения достаточно широкого дифференциально-диагностического поиска [12]. Спектр основных состояний, с которыми следует проводить дифференциальный диагноз ГТР, представлен в *табл. 4* [13].

Проведение дифференциального диагноза с другими психиатрическими расстройствами осуществляется при помощи клинического интервью, однако исключение соматоневрологических причин тревоги требует во многих ситуациях лабораторных и инструментальных методов обследования, а также участия специалистов соматического профиля [14]. При проведении дифференциальной диагностики следует учитывать возможность ошибок двух типов: а) преуменьшение значимости лабораторных и инструментальных методов обследования; б) игнорирование психометрических жалоб пациента при объективно выявленной органической патологии. В первом случае речь

идет о ситуациях, когда за фасадом жалоб на тревогу оказываются нераспознанными гипертиреоз, феохромоцитома или похожие заболевания, диагноз которых мог бы быть легко установлен при своевременном дообследовании. С другой стороны, ГТР часто выявляется у пациентов, у которых имеются определенные изменения (например, остеохондроз, изменения сосудистого русла в головном мозге и др.). Основным путем предотвращения ошибок обоих типов является наличие междисциплинарной коммуникации между специалистами разного профиля.

## ТЕРАПИЯ

При ГТР выделяют три основных подхода к лечению пациентов: модификация образа жизни, психотерапевтические интервенции и психофармакотерапия. Подробный перечень доступных методик в рамках каждого подхода представлен в *табл. 5*.

Модификация образа жизни представляет собой эффективный и доступный большинству пациентов способ коррекции симптомов ГТР. Согласно современным метаанализам, сокращение потребления психоактивных веществ (кофеин, алкоголь, никотин и др.), повышение

● **Таблица 5.** Основные подходы к терапии генерализованного тревожного расстройства  
 ● **Table 5.** Major therapy approaches to generalized anxiety disorder

Модификация образа жизни	Психотерапия	Психофармакотерапия
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ограничение приема психоактивных веществ</li> <li>• Аэробная физическая активность</li> <li>• Диета</li> <li>• Гигиена сна и образа жизни</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Когнитивно-поведенческая терапия</li> <li>• Диалектическая поведенческая терапия</li> <li>• Терапия принятия и ответственности</li> <li>• Терапия осознанности</li> <li>• Психодинамические методики</li> <li>• Медитативные практики</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы обратного захвата серотонина</li> <li>• Бензодиазепиновые транквилизаторы</li> <li>• Противотревожные препараты небензодиазепинового круга</li> <li>• Противозипелитические препараты и атипичные антипсихотики</li> </ul>

уровня физической активности и коррекция диеты способны достоверно снизить выраженность симптомов при различных формах тревожных расстройств, включая ГТР [15]. Данные исследований подтверждают, что коррекция образа жизни может рассматриваться как дополнение к психотерапии или психофармакотерапии, так и в качестве первичного метода лечения у некоторых пациентов с нетяжелым ГТР, которым другие методы терапии недоступны [16]. Тем не менее клинически выраженные и длительно протекающие формы ГТР требуют психотерапии и/или психофармакотерапии [17].

При ГТР используются различные формы психотерапевтических интервенций, однако наибольшую доказательную базу имеет когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), проводимая как индивидуально, так и в групповом формате, а также дистанционно [18]. КПТ является высокоэффективным методом терапии ГТР, позволяющим идентифицировать дисфункциональные автоматические мысли, приводящие к развитию тревоги, и корректировать их. Помимо классической КПТ, при ГТР свою эффективность показали и другие методики, в том числе интегративные [19].

Считается, что КПТ и другие психотерапевтические интервенции являются более безопасными, чем лекарственная терапия ГТР, однако эти методы подходят не для всех пациентов. Ключевыми барьерами широкого использования психотерапии являются ее высокая стоимость по сравнению с медикаментозным лечением, дефицит квалифицированных специалистов, ограниченная доступность в некоторых регионах, а также недоверие части пациентов к психотерапевтическим методам [20].

В связи с этим значительная часть пациентов с ГТР нуждается в психофармакотерапии. Согласно современным консенсусам и клиническим рекомендациям, препаратами первой линии терапии ГТР являются средства, блокирующие обратный захват серотонина, как селективно (эсциталопрам, сертралин, пароксетин и др.), так и наряду с норадреналином (венлафаксин, дулоксетин) [17, 21, 22]. Несмотря на то что обсуждаемые препараты зачастую обозначаются как антидепрессанты, профиль их терапевтического действия значительно шире, и они демонстрируют высокую эффективность при тревожных расстройствах, независимо от наличия у пациента депрессии. Однако ингибиторы обратного захвата серотонина не оказывают немедленного противотревожного эффекта; выраженное действие развивается при курсовом приеме в течение по меньшей мере 3–4 нед. По данным клинических рекомендаций, монотерапия

антидепрессантами начинается с минимальных доз и постепенно титруется до терапевтических; анксиолитический эффект развивается индивидуально в течение 2–4 нед. [13, 17, 22]. Напротив, в начале терапии все обсуждаемые препараты могут усиливать тревогу, бессоницу и неусидчивость, что затрудняет их широкое применение в монотерапии ГТР [23].

Долгое время широко распространенной практикой считалось назначение при тревожных расстройствах комбинации длительного приема ингибиторов обратного захвата серотонина и короткого курса быстродействующих бензодиазепиновых анксиолитиков [24]. Данная стратегия представляется клинически оправданной и эффективной у ряда пациентов за счет быстрого улучшения симптоматики ГТР на фоне бензодиазепинов. С другой стороны, прием бензодиазепиновых анксиолитиков не лишен целого ряда существенных рисков, в числе которых возможное развитие зависимости, негативное влияние на функционирование в течение дня из-за седации, опасность при передозировке и негативное влияние на когнитивные функции при длительном применении [25]. В отечественной практике ситуация усложняется за счет того, что бензодиазепиновые транквилизаторы выписываются на учетных рецептурных бланках и остаются малодоступными для многих пациентов.

В качестве возможной альтернативы бензодиазепиновым анксиолитикам можно рассмотреть препарат Стрезам (оригинальный этифоксин), включенный в клинические рекомендации, в том числе и по ГТР [13]. Данный лекарственный препарат обладает двумя основными механизмами действия, что делает его фармакологический профиль уникальным. С одной стороны, он, как и бензодиазепиновые транквилизаторы, действует на главные тормозные рецепторы в центральной нервной системе (ЦНС) – ГАМК-А, однако делает это существенно более селективно; с другой стороны, он стимулирует синтез нейростероидов – эндогенных стресс-протекторных и противотревожных соединений [26–28]. Селективное действие этифоксина на ГАМК-А ограничивается β2- и β3-субъединицами, что позволяет препарату оказывать анксиолитическое действие без значимой седации, эйфоризации или негативного влияния на когнитивные функции. Этифоксин стимулирует синтез нейростероидов за счет активации транслокаторного белка (TSPO), расположенного на мембране митохондрий в ЦНС, следствием чего является начало синтеза нейростероидов из холестерина. Основные нейростероиды, такие как аллопрегнанолон

и дигидроэпиандростерон, обладают доказанным нейрорепротекторным, нейротрофическим, нейропластическим, анальгетическим, противотревожным, прокогнитивным и антидепрессивным действием [29, 30].

Доступные клинические исследования позволяют сделать вывод о том, что Стрезам сопоставим по эффективности с бензодиазепиновыми транквилизаторами, но лучше переносится и имеет стойкий противотревожный эффект. Например, в одном из исследований было показано, что при тревожных расстройствах 150 мг этифоксина не менее эффективны в редукции тревоги по сравнению с 1 мг клоназепама, одного из самых эффективных транквилизаторов [31]. В другой работе проводилось сравнение 150 мг этифоксина с 1,5 мг алпразолама у пациентов с тревогой и расстройством адаптации. Был показан сопоставимый анксиолитический эффект двух препаратов, а также отмечено сохранение клинических эффектов этифоксина после прекращения лечения, в отличие от алпразолама. Кроме того, этифоксин вызывал меньшее количество побочных эффектов как во время приема, так и сразу после завершения курса терапии [32]. Сравнительное исследование оригинального этифоксина (150 мг/сут) и лоразепама (2 мг/сут) у пациентов с расстройством адаптации и тревогой также показало сопоставимую эффективность обоих препаратов. При этом число пациентов, ответивших на терапию, было выше в группе этифоксина, а его переносимость значительно превосходила переносимость лоразепама [33].

Представленные данные (как нейрохимические, так и клинические) позволяют предположить, что Стрезам может быть разумной терапевтической опцией при лечении ГТР. Он может использоваться как альтернатива бензодиазепиновым анксиолитикам в комбинации с ингибиторами обратного захвата серотонина, так и в качестве монотерапии у пациентов с тревожными расстройствами, если антидепрессанты не показаны или пациенты предпочитают их не принимать. Проиллюстрируем обе ситуации случаями из клинической практики.

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ №1

Пациент Г.А. С., 37 лет. Наследственность психопатологически не отягощена, родился от нормально протекавшей беременности. Раннее развитие соответствовало возрастным нормам. С подросткового возраста по характеру формировался тревожным, педантичным, склонным к перепроверкам. Окончил школу, а затем вуз по технической специальности с отличием. В дальнейшем работал на протяжении всей жизни на предприятиях, связанных с переработкой нефти. Отличался крепким здоровьем, болел редко, занятия в школе и университете, а затем работу в связи с болезнями практически не пропускал. Вредных привычек не имел, периодически занимался физкультурой с целью укрепления здоровья.

Женат с 24 лет. В семье отношения были стабильными, в браке двое детей. В семейной жизни занимал доминирующую позицию, принимал ведущую роль в воспитании детей и распределении бюджета.

Психическое неблагополучие впервые возникло в 34 года, когда на фоне условной провокации (длительно высокий уровень нагрузки на работе) стал отмечать ряд симптомов, в числе которых одышка, несистемное головокружение, сухость во рту, потливость, напряжение мышц шеи и головы, сопровождающееся болезненностью, мелкоамплитудный тремор. В течение первого полугода симптомы наблюдались только на работе, затем отметил их распространение на период отдыха – в выходные и во время отпуска.

Пациент испытывал выраженный дискомфорт из-за развившихся симптомов, отмечал, что они мешают выполнять работу и проводить время с семьей, отвлекают его внимание. Начал обращаться за медицинской помощью. Несколько врачей ставили диагнозы «остеохондроз» и «цервикалгия», назначались сосудистые препараты и венотоники, которые не оказывали существенного эффекта. На одном из приемов был обследован неврологом при помощи шкалы GAD-7, по которой набрал 12 баллов, что соответствует умеренной тревоге. Был проконсультирован психиатром.

*Психический статус:* в сознании, ориентирован верно, мышление в правильном темпе, не нарушено. Выглядит обеспокоенным, слегка раздражителен, с легким возмущением жалуется на то, что за последние несколько лет никто не мог подобрать ему лечение, которое работало бы должным образом. Отрицает у себя наличие ментального неблагополучия и акцентирует внимание на многочисленных неприятных ощущениях в теле – потливость, сухость во рту, тремор, несистемное головокружение, напряжение и болезненность мышц шеи. При прицельном расспросе выясняется, что также испытывает стойкое беспокойство по самым разным поводам, касающимся работы, семьи и т. д. В отношении телесных симптомов настроение без излишней тревожности; жалуется, что они ему мешают, но не испытывает опасений по поводу того, что они могут быть симптомом заболевания, не распознанного врачами. Настроение ровное, аппетит достаточный, сон не нарушен, суицидальные мысли отрицает.

При обсуждении подходов к терапии категорически высказался против приема антидепрессантов, т. к. не считает, что имеет какое-либо развернутое ментальное расстройство. Кратко характеризует свое состояние как сочетание объяснимого стресса на работе и неприятных симптомов в теле. Настаивает на назначении препарата, который быстро помог бы в отношении внутреннего напряжения и телесных симптомов.

*Диагноз:* ГТР (F41.1).

*Рекомендации:* в связи с наличием у пациента выраженной тревоги, в первую очередь соматизированной, и отказом от приема антидепрессантов целесообразным представляется назначение достаточного по длительности курса оригинального этифоксина (Стрезам). Пациент принимал Стрезам в течение недели по 50 мг три раза в день, затем дозировка была увеличена до 100 мг два раза в день.

*Динамика:* пациент отметил существенное улучшение симптомов после повышения дозы этифоксина

до 200 мг/сут, а также практически полную ремиссию к исходу 4-й нед. терапии. По окончании лечения симптомы тревоги почти полностью нивелировались, оценка по шкале GAD-7 составила 3 балла, что соответствует минимальной тревожности – вариант нормы.

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ №2

Пациентка Г. Н. А., 41 год. Наследственность отягощена: у матери и бабушки по материнской линии отмечался длительный анамнез головных болей, вероятно, имелись недиагностированные ментальные расстройства.

Пациентка родилась от нормально протекавшей беременности, развитие соответствовало возрастным нормам. По характеру формировалась тревожной, чувствительной, впечатлительной. Физически была слабой, с трудом переносила физические нагрузки. Часто болела, с трудом восстанавливалась после инфекции из-за длительной астении.

В школу пошла по возрасту. В учебе проявляла тревожность и педантичность, училась на пятерки. Отмечала выраженное волнение перед контрольными работами, нарушался ночной сон: трудности с засыпанием и прокручивание в голове мыслей тревожного характера.

Головные боли отмечались примерно с 11–12 лет, появлялись до двух раз в неделю на фоне учебных перегрузок. Боли носили двусторонний сдавливающий характер, длились до 2–3 ч, хорошо купировались анальгетиками, не сопровождалась свето- и звукобоязнью. В связи с наличием головных болей по настоянию родителей была проконсультирована неврологом по месту жительства; был поставлен диагноз «вегетососудистая дистония» и рекомендован прием витаминных комплексов.

Школу окончила с золотой медалью. По настоянию родителей получила высшее образование по специальности «менеджер», окончив вуз с отличием. Устроилась работать делопроизводителем и впоследствии сделала успешную карьеру, став руководителем отдела. После начала трудовой деятельности отметила определенное изменение характера: стала менее тревожной, но более педантичной. Отличалась склонностью к перепроверкам и детальному контролю за правильностью выполнения рабочих обязанностей коллегами, а затем – подчиненными.

Замужем с 25 лет, от брака двое детей. Периоды беременности и родов протекали без существенных изменений психического самочувствия.

Психическое неблагополучие возникло примерно с 30 лет без явной провокации. Пациентка стала отмечать появление стойкой немотивированной тревожности, на фоне которой постепенно участились приступы головной боли, ставшие к 38 годам ежедневными. При этом пациентка стала злоупотреблять нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) – примерно через день. Ежедневный прием НПВС избегала из-за страха развития язвы желудка. Боялась наличия нераспознанного заболевания, в первую очередь неврологического характера (опухоль головного мозга, аневризмы внутричерепных артерий, нейродегенеративные заболевания).

По собственной инициативе обследовалась; в ходе детального лабораторного и инструментального исследования клинически значимых органических изменений выявлено не было. Результатам исследований доверяла. На амбулаторных консультациях ей ставились диагнозы «вегетососудистая дистония», «функциональная цервикалгия», «абузусная головная боль».

Несколько раз госпитализировалась в стационар, где получала дезинтоксикационную терапию, небольшие дозы amitriptилина, миорелаксанты, витаминную терапию, а также проходила сеансы физиотерапии и лечебной физкультуры. После госпитализаций отмечала кратковременное (до 1–2 нед.) улучшение с существенным уменьшением частоты головных болей и последующим рецидивом симптоматики. Длительную профилактическую терапию amitriptилином переносила плохо: дозы до 12,5 мг/сут вызывали выраженную сонливость и расфокусировку зрения. В связи с этим самостоятельно отменяла препарат через несколько дней после выписки. Во время одного из повторных приемов была направлена на консультацию к психиатру.

*Психический статус:* в сознании, ориентирована верно. В беседу вступает неохотно, несколько раз уточняет цели консультации психиатра, сообщает, что повторно обращается с жалобами на головные боли. Мимика соответствует теме беседы. Формальных расстройств мышления не выявлено.

На первом плане – жалобы на практически ежедневные головные боли двустороннего сдавливающего характера слабой или умеренной интенсивности (около 2–4 баллов по визуальной аналоговой шкале боли). Кроме того, почти ежедневно беспокоят такие симптомы, как чувство несистемного головокружения, мышечного напряжения в области надплечья и верхней части спины.

Описанные жалобы сопровождаются чувством внутреннего напряжения, беспокойства, неспособности расслабиться. Практически ежедневно возникают мысли тревожного характера, связанные как с повседневными проблемами (работа, семья), так и с перечисленными телесными симптомами. Несмотря на проведенные исследования, периодически ловит себя на мысли о том, что головные боли могут быть симптомом не до конца диагностированного неврологического заболевания (например, небольшого внутричерепного новообразования или аневризмы). Уровень тревоги по шкале GAD-7 составляет 13 баллов, что соответствует умеренной тревоге.

Настроение ближе к нормальному, стойкой подавленности или безрадостности не отмечает. Беспокоит умеренно выраженная утомляемость в течение дня. Аппетит сохранен, вес за последние годы не изменялся. Сон нарушен по типу средней инсомнии – несколько раз просыпается ночью. Суицидальные мысли и признаки психотической симптоматики отрицает.

*Диагноз:* хроническая ежедневная головная боль напряжения (G44.2); ГТР (F41.1).

*Рекомендации:* в связи с наличием одновременно и ГТР, и хронического болевого синдрома целесообразно назначение препарата из класса ингибиторов обратного захвата

серотонина и норадреналина (венлафаксин или дулоксетин). Однако выраженная тревожность пациентки может быть фактором плохой переносимости данных препаратов. Поэтому лечение было начато с оригинального этифоксина (Стрезам) в дозе 150 мг/сут, а через неделю доза увеличена до 200 мг/сут. К концу 2-й нед., когда пациентка стала отмечать уменьшение тревожности, к терапии был добавлен венлафаксин с постепенной титрацией от 37,5 до 150 мг/сут. Комбинация переносилась хорошо. Суммарная длительность курса составила 4 нед. Стрезам был отменен, а терапия венлафаксином продолжена. Таким образом, через 4 нед. лечения тревожная симптоматика уменьшилась до 4 баллов по шкале GAD-7, что соответствует минимальной тревожности, через 2 мес. была достигнута полная ремиссия как болевой симптоматики, так и тревоги (показатели GAD-7 – 2 балла, что соответствует полному отсутствию тревожной симптоматики). Рекомендовано продолжение курса терапии венлафаксином как минимум на 6 мес.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокая распространенность, хроническое течение и негативное влияние на соматическое здоровье и трудоспособность делает ГТР важной медико-социальной проблемой. Диагностика данного расстройства требует кооперации психиатров и специалистов смежных специальностей. В настоящее время доступен широкий спектр терапевтических опций, позволяющий индивидуализировать лечение в соответствии с потребностями пациента. Небензодиазепиновый анкиолик Стрезам (оригинальный этифоксин) благодаря его уникальному профилю действия целесообразно применять в терапии ГТР как в комбинации с ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина, так и в качестве монотерапии.



Поступила / Received 19.02.2026

Поступила после рецензирования / Revised 12.03.2026

Принята в печать / Accepted 18.03.2026

## Список литературы / References

- Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21<sup>st</sup> century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):327–335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>.
- Delpino FM, da Silva CN, Jerônimo JS, Mulling ES, da Cunha LL, Weymar MK et al. Prevalence of anxiety during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of over 2 million people. *J Affect Disord*. 2022;318:272–282. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.003>.
- Veloumourougane G, Ramamurthy P, Thilakan P, Raghuraman P, Vimal J. Prevalence of generalized anxiety disorder among patients attending medicine outpatient department in a tertiary care center: A cross-sectional study. *Ind Psychiatry J*. 2024;33(1):76–80. [https://doi.org/10.4103/ipj.ipj\\_77\\_23](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_77_23).
- Olariu E, Forero CG, Castro-Rodriguez JI, Rodrigo-Calvo MT, Álvarez P, Martín-López LM et al. Detection of anxiety disorders in primary care: a meta-analysis of assisted and unassisted diagnoses. *Depress Anxiety*. 2015;32(7):471–484. <https://doi.org/10.1002/da.22360>.
- Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress Anxiety*. 2002;16(4):162–171. <https://doi.org/10.1002/da.10065>.
- Chodavadia P, Teo I, Poremski D, Fung DSS, Finkelstein EA. Prevalence and economic burden of depression and anxiety symptoms among Singaporean adults: results from a 2022 web panel. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):104. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04581-7>.
- Zhang X, Norton J, Carrière I, Ritchie K, Chaudieu I, Ancelin ML. Generalized anxiety in community-dwelling elderly: Prevalence and clinical characteristics. *J Affect Disord*. 2015;172:24–29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.036>.
- Фирсова ЛД. Генерализованное тревожное расстройство в практике гастроэнтеролога. *Эффективная фармакотерапия*. 2020;16(1):80–83. <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2020-16-1-80-83>.
- Firsova LD. Generalized anxiety disorder in the practice of the gastroenterologist. *Effective Pharmacotherapy*. 2020;16(1):80–83. (In Russ.) <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2020-16-1-80-83>.
- Rovira J, Albarracín G, Salvador L, Rejas J, Sánchez-Iriso E, Cabasés JM. The cost of generalized anxiety disorder in primary care settings: results of the ANCORA study. *Commun Ment Health J*. 2012;48(3):372–383. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9503-4>.
- Вознесенская ТГ. Генерализованное тревожное расстройство: дифференциальный диагноз и лечение. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2013;5(2):18–22. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2407>.
- Voznesenskaya TG. Generalized anxiety disorder: Differential diagnosis and treatment. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2013;5(2):18–22. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2407>.
- Vijay KG, Avasthi A, Grover S. A study of worry and functional somatic symptoms in generalized anxiety disorder. *Asian J Psychiatr*. 2014;11:50–52. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.05.011>.
- Касьянов ЕД, Амелин АВ, Васильева АВ, Дроздова ЕА, Захаров ДВ, Иванова ГЕ и др. Депрессивные и тревожные расстройства как междисциплинарная проблема: пути оптимизации диагностики и лечения в практике психиатра и невролога. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2025;59(4-2):8–19. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-4-2-1258>.
- Kasyanov ED, Amelin AV, Vasilyeva AV, Drozdova EA, Zakharov DV, Ivanova GE et al. Depressive and Anxiety Disorders as an Interdisciplinary Problem: Optimizing Diagnosis and Treatment in Psychiatric and Neurological Practice. *VM. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2025;59(4-2):8–19. (In Russ.) <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-4-2-1258>.
- Васильева АВ, Зинченко ЮП, Исаева ЕР, Караваева ТА, Мизинова ЕБ, Мосолов СН и др. Генерализованное тревожное расстройство: клинические рекомендации. М.; 2024. 121 с. Режим доступа: [https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/457\\_3](https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/457_3).
- Петелин ДС, Сорокина ОЮ, Галаяудинова АН, Долгополова ЮВ, Волель БА. Тревожные расстройства в клинической практике (обзор литературы с клинической иллюстрацией). *Медицинский совет*. 2024;18(12):52–60. <https://doi.org/10.21518/ms2024-297>.
- Petelin DS, Sorokina OY, Galyautdinova AN, Dolgoplova YV, Volet BA. Anxiety Disorders in Clinical Practice (Clinical Observation and Literature Review). *Meditsinskiy Sovet*. 2024;18(12):52–60. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-297>.
- Amiri S, Mahmood N, Javadi SF, Khan MA. The Effect of Lifestyle Interventions on Anxiety, Depression and Stress: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Healthcare*. 2024;12(2):2263. <https://doi.org/10.3390/healthcare12222263>.
- Fang Z, Qian Y, Sun S, Qin H, Zhu Y, Tang J et al. Mechanisms of exercise against anxiety disorder: A review of the research progress. *Sports Med Health Sci*. 2025;8(2):145–152. <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2025.09.005>.
- Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, Costa DLDC, Denys D, Dilbaz N et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders – Version 3. Part I: Anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2023;24(2):79–117. <https://doi.org/10.1080/15622975.2022.2086295>.
- Liu S, Xiao H, Duan Y, Shi L, Wang P, Cao L et al. CBT treatment delivery formats for generalized anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Transl Psychiatry*. 2025;15:197. <https://doi.org/10.1038/s41398-025-03414-3>.
- Dai X, Zhang Z, Sun L, Zhu S, Wu Y, Lian J, Deng X. (Third-wave) cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in adults: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2025;187:134–143. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2025.05.010>.
- Ringle VA, Read KL, Edmunds JM, Brodman DM, Kendall PC, Barg F, Beidas RS. Barriers to and Facilitators in the Implementation of Cognitive-Behavioral Therapy for Youth Anxiety in the Community. *Psychiatr Serv*. 2015;66(9):938–945. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400134>.
- Mishra AK, Varma AR. A Comprehensive Review of the Generalized Anxiety Disorder. *Cureus*. 2023;15(9):e46115. <https://doi.org/10.7759/cureus.46115>.
- Cape J, Kendall T, Bhatti H, Buszewicz M, Chan M, Chew-Graham C et al. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Generalised Anxiety*

- Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary and Community Care.* Leicester (UK): British Psychological Society; 2011. 463 p. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83459/>.
23. Kong W, Deng H, Wan J, Zhou Y, Zhou Y, Song B, Wang X. Comparative Remission Rates and Tolerability of Drugs for Generalised Anxiety Disorder: A Systematic Review and Network Meta-analysis of Double-Blind Randomized Controlled Trials. *Front Pharmacol.* 2020;11:580858. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.580858>.
  24. Dunlop BW, Davis PG. Combination treatment with benzodiazepines and SSRIs for comorbid anxiety and depression: a review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2008;10(3):222–228. <https://doi.org/10.4088/pcc.v10n0307>.
  25. Edinoff AN, Nix CA, Hollier J, Sagrera CE, Delacroix BM, Abubakar T et al. Benzodiazepines: Uses, Dangers, and Clinical Considerations. *Neurol Int.* 2021;13(4):594–607. <https://doi.org/10.3390/neurolint13040059>.
  26. Торшин ИЮ, Громова ОА, Семенов ВА, Гришина ТР. Систематический анализ фундаментальных и клинических исследований этифоксина. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2016;8(3):106–112. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2016-3-106-112>.  
Torshin IYu, Gromova OA, Semenov VA, Grishina TR. Systematic analysis of basic and clinical studies of etifoxine. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2016;8(3):106–112. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2016-3-106-112>.
  27. Verleye M, Pansart Y, Gillardin J. Effects of etifoxine on ligand binding to GABA<sub>A</sub> receptors in rodents. *Neurosci Res.* 2002;44(2):167–172. [https://doi.org/10.1016/S0168-0102\(02\)00121-9](https://doi.org/10.1016/S0168-0102(02)00121-9).
  28. Verleye M, Schlichter R, Neliat G, Gillardin JM. Functional modulation of gamma-aminobutyric acid<sub>A</sub> receptors by etifoxine and allopregnanolone in rodents. *Neurosci Lett.* 2001;301(3):191–194. [https://doi.org/10.1016/S0304-3940\(01\)01647-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3940(01)01647-0).
  29. Петелин ДС, Байрамова СП, Ахалкин РВ, Кудряшов НВ, Сорокина ОЮ, Семин СА и др. Роль нейростероидов в патогенезе психических расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2023;123(4):31–36. <https://doi.org/10.17116/jnevro202312304131>.  
Petelin DS, Bayramova SP, Akhapiin RV, Kudryashov NV, Sorokina OYu, Semin SA et al. The role of neurosteroids in the pathogenesis of mental disorders. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2023;123(4):31–36. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro202312304131>.
  30. Bairamova SP, Petelin DS, Akhapiin RV, Kudryashov NV, Sorokina OYu, Semin SA et al. The endogenous neurosteroid system and its role in the pathogenesis and therapy of mental disorders. *Research Results in Pharmacology.* 2023;9(1):61–69. <https://doi.org/10.18413/rrpharmacology9.10015>.
  31. Vicente B, Saldivia S, Hormazabal N, Bustos C, Rubi P. Etifoxine is non-inferior than clonazepam for reduction of anxiety symptoms in the treatment of anxiety disorders: a randomized, double blind, non-inferiority trial. *Psychopharmacology.* 2020;237(11):3357–3367. <https://doi.org/10.1007/s00213-020-05617-6>.
  32. Stein DJ. Etifoxine versus alprazolam for the treatment of adjustment disorder with anxiety: a randomized controlled trial. *Adv Ther.* 2015;32(1):57–68. <https://doi.org/10.1007/s12325-015-0176-6>.
  33. Nguyen N, Fakra E, Pradel V, Jouve E, Alquier C, Le Guern ME et al. Efficacy of etifoxine compared to lorazepam monotherapy in the treatment of patients with adjustment disorders with anxiety: a double-blind controlled study in general practice. *Hum Psychopharmacol.* 2006;21(3):139–149. <https://doi.org/10.1002/hup.757>.

#### Вклад авторов:

Концепция статьи – Д.С. Петелин, Е.И. Воронова  
 Концепция и дизайн исследования – Д.С. Петелин, С.С. Герасимов  
 Написание текста – Д.С. Петелин, Ю.В. Долгополова, С.С. Герасимов  
 Сбор и обработка материала – С.А. Семин, Ю.В. Долгополова  
 Обзор литературы – Д.С. Петелин, С.С. Герасимов  
 Анализ материала – Д.С. Петелин, Ю.В. Долгополова  
 Статистическая обработка – С.А. Семин  
 Редактирование – С.А. Семин, Е.И. Воронова  
 Утверждение окончательного варианта статьи – Е.И. Воронова

#### Contribution of authors:

Concept of the article – Dmitry S. Petelin, Evgeniya I. Voronova  
 Study concept and design – Dmitry S. Petelin, Sergey S. Gerasimov  
 Text development – Dmitry S. Petelin, Yulia V. Dolgoplova, Sergey S. Gerasimov  
 Collection and processing of material – Sergey A. Semin, Yulia V. Dolgoplova  
 Literature review – Dmitry S. Petelin, Sergey S. Gerasimov  
 Material analysis – Dmitry S. Petelin, Yulia V. Dolgoplova  
 Statistical processing – Sergey A. Semin  
 Editing – Sergey A. Semin, Evgeniya I. Voronova  
 Approval of the final version of the article – Evgeniya I. Voronova

**Согласие пациентов на публикацию:** пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

**Basic patient privacy consent:** patients signed informed consent regarding publishing their data.

#### Информация об авторах:

**Петелин Дмитрий Сергеевич**, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и психосоматики Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; [petelinhome1@yandex.ru](mailto:petelinhome1@yandex.ru)

**Герасимов Сергей Сергеевич**, студент, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; [gerasimov.s3regey@yandex.ru](mailto:gerasimov.s3regey@yandex.ru)

**Долгополова Юлия Валерьевна**, врач-психиатр психотерапевтического отделения Клиники нервных болезней имени А.Я. Кожевникова, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; [juliadolgoplova98@gmail.com](mailto:juliadolgoplova98@gmail.com)

**Семин Сергей Александрович**, врач-психиатр психотерапевтического отделения Клиники нервных болезней имени А.Я. Кожевникова, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; [semockin171@mail.ru](mailto:semockin171@mail.ru)

**Воронова Евгения Ивановна**, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и психосоматики, заместитель директора Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; [voronova\\_e@mail.ru](mailto:voronova_e@mail.ru)

**Information about the authors:**

**Dmitry S. Petelin**, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Psychiatry and Psychosomatics, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119048, Russia; petelinhome1@yandex.ru

**Sergey S. Gerasimov**, Student, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119048, Russia; gerasimov.s3regey@yandex.ru

**Yulia V. Dolgopolova**, Psychiatrist of the Psychotherapeutic Department, Kozhevnikov Clinic of Nervous Diseases, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119048, Russia; juliadolgopolova98@gmail.com

**Sergey A. Semin**, Psychiatrist of the Psychotherapeutic Department, Kozhevnikov Clinic of Nervous Diseases, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119048, Russia; semockin171@mail.ru

**Evgeniya I. Voronova**, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Psychiatry and Psychosomatics, Deputy Director, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119048, Russia; voronova\_e@mail.ru