

ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ У ДОРΟΣЛИХ: лікування в умовах первинної медичної допомоги

Тривожні розлади і симптоми тривоги є поширеними та обтяжливими станами, які нерідко залишаються нерозпізнаними, хоча саме первинна ланка медицини є основним місцем звернення пацієнтів по допомогу. Пропонуємо до вашої уваги основні положення огляду R.L. Shepardson et al. «Treatment of anxiety for adults in primary care settings: a review» (JAMA Intern Med, 2026; 186 (7): 878–889), присвяченого доступним та ефективним підходам до поведінкової й фармакологічної терапії осіб із тривожними розладами в умовах первинної медичної допомоги.

Тривожні розлади (ТР), що охоплюють генералізований тривожний розлад (ГТР), панічний розлад (ПР), агорафобію, соціальний тривожний розлад (СТР) і специфічну фобію, є найпоширенішою групою психічних порушень. Також часто зустрічаються субпорогові симптоми тривоги, які мають клінічне значення, але не відповідають діагностичним критеріям ТР; зокрема, надмірне занепокоєння протягом трьох місяців не відповідає мінімальній тривалості в шість місяців, необхідній для діагностування ГТР (Volz et al., 2022). ТР можуть призводити до функціональних порушень, зниження якості життя, збільшення навантаження на систему охорони здоров'я та підвищення ризику суїцидальних думок і спроб (Horenstein et al., 2020; Bentley et al., 2016).

Заклади первинної медичної допомоги є ключовим середовищем для виявлення та лікування пацієнтів із ТР. Однак попри частіші звернення до лікарів первинної ланки, ніж до спеціалізованих служб психічного здоров'я, правильний діагноз встановлюють менш ніж у половині випадків. Виявлення ТР ускладнюють обмежений час консультації, соматичні прояви та коморбідність тривоги. Як наслідок, недостатня кількість пацієнтів із ТР отримують адекватну поведінкову терапію або фармакологічне лікування (Jetty et al., 2021; Stein et al., 2011).

Методи

В огляді R.L. Shepardson et al. (2026) оновлено й розширено дані попередніх систематичних метааналізів з урахуванням нових рекомендацій Робочої групи експертів США із профілактичних послуг (USPSTF). Автори узагальнили доказові підходи до скринінгу, діагностики й поведінкової та фармакологічної терапії дорослих із ТР і субпороговими симптомами в умовах первинної медичної допомоги. Пошук публікацій і клінічних настанов за 2005–2025 рр. проведено в базі даних PubMed із додатковим аналізом джерел зі списків літератури включених статей, якісних описових оглядів і рандомізованих клінічних досліджень (РКД).

Епідеміологія

ТР часто поєднуються з іншими психічними та соматичними станами. Поширеність будь-якого ТР упродовж життя вища серед жінок (40,4 %), ніж серед чоловіків (26,4 %) і нижча серед осіб віком ≥ 65 років (Kessler et al., 2017). З-поміж пацієнтів первинної медичної допомоги із ТР 57 % мають щонайменше поєднання цих станів, майже дві третини — великий депресивний розлад (ВДР), а частота коморбідних порушень, зумовлених вживанням психоактивних речовин (ПАР), залежно від діагнозу може сягати 50 % (Sherbourne et al., 2010; Lai et al., 2015). ТР також часто поєднуються із хронічним болем (50,4 %), серцево-судинними хворобами (32,5–53,1 %), бронхіальною астмою (11,8–51,5 %), хронічними обструктивними захворюваннями легень (16–30 %), ревматоїдним артритом (25,9–58 %), захворюваннями шлунково-кишкового тракту (28 %) та онкологічною патологією (6,5–30 %) (Romanazzo et al., 2022). Субклінічні прояви тривоги, що також поширені серед пацієнтів первинної медичної допомоги, асоційовані з функціональними порушеннями та підвищують ризик подальшого розвитку ТР (Karsten et al., 2011).

Клінічні прояви

ТР характеризуються когнітивними (занепокоєння, страх), поведінковими (уникнення) та фізіологічними (тремтіння, м'язове напруження) симптомами; їх диференціація ґрунтується переважно на характері ситуацій, що провокують тривогу або страх (APA, 2022). ГТР проявляється надмірним неконтрольованим занепокоєнням, що охоплює різні сфери життя; при ПР домінує страх повторних панічних атак та їхніх фізичних, соціальних або психічних наслідків. Для агорафобії характерний страх певних місць або ситуацій поза межами дому, зокрема замкнених просторів, натовпу чи громадського транспорту; при СТР тривога виникає переважно в соціальних ситуаціях, тоді як специфічна фобія проявляється інтенсивним страхом конкретного об'єкта або ситуації, наприклад висоти чи ін'єкцій (APA, 2022).

Оцінювання та діагностика

Оцінювання стану пацієнта із підозрою на ТР передбачає поєднання самооцінювання симптомів, клінічної бесіди, фізикального обстеження та, за потреби, лабораторної діагностики.

Скринінг

USPSTF рекомендує проводити скринінг симптомів тривоги серед дорослих пацієнтів первинної медичної допомоги віком до 64 років включно, зокрема вагітних і жінок у післяпологовому періоді (рівень рекомендації В); доказів для рекомендації щодо скринінгу осіб старшого віку наразі недостатньо (Barry et al., 2023).

Двопунктовий опитувальник для самооцінювання ГТР (GAD-2) є ефективним інструментом первинного скринінгу (Aktürk et al., 2025). Пацієнтів із результатом > 3 балів слід додатково обстежувати за допомогою діагностичної бесіди та валідованої шкали тяжкості симптомів. Для подальшого оцінювання осіб із позитивним результатом за GAD-2 може застосовуватися GAD-7–7-пунктова шкала самооцінювання, яка продемонструвала належні психометричні характеристики в умовах первинної медичної допомоги (Spitzer et al., 2006; Kroenke et al., 2007).

У пацієнтів зі скаргами на тривогу або позитивним результатом валідованого скринінгу слід оцінити характер, частоту, інтенсивність і тривалість симптомів, порушення функціонування (в родині, соціумі та професійній сфері), а також фактори схильності (як-от сімейний анамнез), провокувальні (нещодавні стресові події) та підтримувальні чинники (зокрема особливості сну та вживання ПАР). З огляду на коморбідність тривоги із депресією та біполярним афективним розладом необхідно оцінювати також настрій. Для визначення ризику важливо визначати наявність суїцидальних думок, намірів, планів та попередніх спроб із подальшим спостереженням за потреби (Spoorthy et al. 2019; Bentley et al., 2016).

У закладах первинної медичної допомоги особам із ТР нерідко встановлюють неспецифічний діагноз «тривожний розлад, неуточнений» замість конкретного діагнозу, наприклад ГТР (Barrera et al., 2014). Оскільки такі пацієнти рідше отримують лікування із приводу психічних розладів, перевагу, наскільки можливо, слід надавати діагностичній специфічності відповідно до класифікації ТР (Barrera et al., 2014).

Диференціальна діагностика має передбачати розмежування різних ТР та інших психічних станів, як-от:

- розлад адаптації;
- порушення настрою;
- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР);
- обсесивно-компульсивний розлад (ОКР).

Водночас сама лише наявність тривоги не свідчить про патологію, оскільки є універсальним і, за певних обставин, адаптивним проявом людського досвіду. Від патологічної, тимчасової та пропорційної життєвим стресорам тривоги ТР відрізняються насамперед стійкістю симптомів, рівнем дистресу та функціональних порушень.

Субклінічні прояви, що зберігаються протягом кількох тижнів або місяців, потребують спостереження, оскільки можуть порушувати функціонування та прогресувати до ТР, що підлягає діагностуванню (Fehm et al., 2008;

Karsten et al., 2011). Розлад адаптації характеризується наявністю симптомів протягом трьох місяців після конкретної стресової події. Для депресії, на відміну від ГТР, характерні знижений настрій (смуток, безнадія) або втрата інтересу / здатності отримувати задоволення, не пов'язані зі страхом; для манії — стійко підвищений або дратівливий настрій, зокрема прискорення мислення та зниження потреби у сні. Для ПТСР визначальними є травматична подія, що загрожувала життю або безпеці, пов'язані з нею симптоми (наприклад, повторне переживання травми) та їх виникнення у часовому зв'язку із подією і подальшим збереженням понад один місяць. ОКР характеризується стійкими нав'язливими небажаними думками та/або потребою у повторюваних поведінкових чи ментальних проявах. Попри можливі вагання лікарів первинної ланки щодо встановлення психіатричного діагнозу, пацієнти сприймають його як корисний і такий, що мотивує до лікування (Archer et al., 2021).

Під час диференціальної діагностики також слід враховувати соматичні захворювання. Наприклад, тривожність під час фібриляції передсердь може бути безпосереднім проявом аритмії, та основним підходом при цьому є корекція порушення ритму. Водночас соматична хвороба не виключає наявності ТР, якщо тривожність не можна повністю з нею пов'язати. Так, при феохромоцитомі тривожність буває безпосереднім наслідком наявності пухлини або ж виникає у зв'язку з переживаннями щодо прогнозу після встановлення діагнозу (Alguire et al., 2018). В обох випадках необхідне лікування основного захворювання, проте в першому воно може усунути тривожність, тоді як у другому доцільним є додатковий цілеспрямований вплив на прояви тривожної симптоматики.

Тривожність або симптоми, що її імітують, можуть спричиняти також окремі лікарські засоби, зокрема кортикостероїди, симпатоміметики та стимулятори, внаслідок побічних ефектів або медикаментозних взаємодій. Тому важливими є ретельний аналіз фармакотерапії та її узгодження для виявлення потенційних причин симптомів.

Фізикальне обстеження

Пацієнти можуть пред'являти соматичні скарги — біль у грудях, серцебиття, тахікардію чи задишку, не пов'язуючи їх із тривогою. Оскільки такі симптоми характерні не лише для ТР, після збору анамнезу доцільне фізикальне обстеження для виключення соматичних причин.

Тривожність або подібні до неї симптоми можуть спричиняти захворювання серцево-судинної, дихальної та ендокринної систем, розлади, пов'язані з уживанням ПАР, а також онкопатології (Helsley et al., 2008; Jayanti et al., 2023). Так, біль у грудях, навіть за підозри на тривожне походження, потребує відповідного оцінювання анамнезу, фізикального та інструментального обстеження для виключення хвороб серця. При поєднанні тривожності, непереносимості спеки й тахікардії доцільними можуть бути перевірка рефлексів і пальпація щитоподібної залози для виявлення можливого гіпертиреозу. Двобічні взаємозв'язки тривожності й соматичних захворювань, за яких кожен із цих станів може підвищувати ризик іншого та взаємно підтримувати симптоматику, описані J.P. Aquino et al. (2017).

Лабораторні дослідження

Лабораторні дослідження або електрокардіографія можуть бути показані за підозри на соматичне захворювання, здатне спричинити тривогу або імітувати її прояви. Зокрема, при тривожності, серцебитті, пітливості та непереносимості спеки доцільним може бути оцінювання функції щитоподібної залози для виключення гіпертиреозу, а за підозри на вживання ПАР — аналіз сечі на наркотичні речовини. У разі патологічних результатів або виявлення ознак певного захворювання необхідні подальше діагностичне обстеження та лікування відповідної патології.

Підходи до лікування

Для пацієнтів із ТР на первинній ланці медичної допомоги доступний широкий спектр доказово обґрунтованих поведінкових і фармакологічних втручань. При виборі терапії слід насамперед враховувати вподобання пацієнта, оскільки ефективність значною мірою залежить від готовності дотримуватися обраного лікування. Спільне прийняття рішень і врахування побажань пацієнта асоційовані з вищою задоволеністю, кращою прихильністю та результатами лікування (Lindhiem et al., 2014). За субклінічних проявів і тривоги, пов'язаної з розладом адаптації, перевагу надають самопомозі та поведінковим втручанням через недостатність доказів ефективності фармакотерапії (Shepardson et al., 2026).

Психоосвіта

Важливо надавати пацієнтам базову інформацію про тривогу як поширений і, певною мірою, адаптивний досвід, пояснювати механізм реакції «бий або тікай», взаємозв'язок думок, емоцій і поведінки та наголошувати, що метою лікування не є повне усунення тривоги. Доцільно також пояснювати особливості конкретного діагнозу, типів симптомів та високу піддатливість ТР до лікування.

Пацієнти високо цінують думку й рекомендації лікарів первинної ланки, тому цілеспрямоване заохочення до самопомозі або лікування може посилювати мотивацію (Parker et al., 2020). Корисними стратегіями є самоспостереження для виявлення тригерів, релаксаційні та майндфулнес-вправи, а також робота із тривожними думками; натомість слід підтримувати відмову від неадаптивних стратегій, зокрема вживання ПАР та уникнення. Ефективність самоспостереження, релаксації, майндфулнес-практик і когнітивної терапії підтверджено даними досліджень (Blanck et al., 2018; Hofmann et al., 2013). Результати дослідження за участю пацієнтів і фахівців, у якому застосовувався метод Дельфі (експертне оцінювання та прогнозування з анонімними опитуваннями для досягнення узгодженої думки групи фахівців) засвідчили, що такі доказово обґрунтовані стратегії є доступними й ефективними для самостійного застосування (Morgan et al., 2016).

У разі субпорогових або легких симптомів, а також за ситуаційно зумовленої тривоги може бути достатньо самопомозі (Donker et al., 2009). За тяжкої симптоматики або суїцидального наміру показане скерування до фахівців із психічного здоров'я — у межах первинної допомоги, якщо така можливість доступна, до спеціалізованої служби або, у кризовій ситуації, до відділення невідкладної допомоги.

Поведінкова терапія

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є методом першої лінії серед поведінкових втручань при ТР. Вона спрямована на зміну дезадаптивних поведінкових моделей, зокрема на уникнення ситуацій, що провокують тривогу, та таких когнітивних патернів, як негативна інтерпретація неоднозначних ситуацій, які формують і підтримують ТР (Trent, Storch, 2024). КПТ має структурований, орієнтований на набуття навичок характер і поєднує психоосвіту із навчанням розпізнавання та корекції неадаптивних моделей мислення й поведінки.

Метааналізи даних РКД свідчать, що повний курс КПТ — зазвичай 10–16 сеансів по 50 хв — ефективно та стійко зменшує прояви тривоги порівняно із контрольними втручаннями, причому ефект зберігається під час тривалого спостереження (Carpenter et al., 2018; van Dis et al., 2020). Короткі курси КПТ (6–8 сеансів по 30 хв), які проводять інтегровані фахівці з психічного здоров'я на рівні первинної допомоги, також є ефективними й забезпечують стійкий результат, зіставний із тривалішим лікуванням (Shepardson et al., 2018; Seekles et al., 2013).

Ефективними також є терапія на основі прийняття, спрямована на усвідомлення емоційного досвіду задля реалізації власних цінностей попри симптоми, та майндфулнес-техніки, що передбачають неупереджене сприйняття теперішнього моменту (Haller et al., 2021; Hofmann, Gómez, 2017). Обмеженнями поведінкової терапії можуть бути недостатня доступність фахівців, часові витрати та вартість.

Через обмежений час консультацій і недостатню спеціальну підготовку більшість лікарів первинної ланки не проводять повноцінну КПТ самостійно, а скеровують пацієнтів до інтегрованих фахівців або спеціалізованих служб психічного здоров'я. Корисними можуть бути й ресурси самопомозі на основі КПТ. Цифрові втручання, зокрема психотерапія через інтернет, та засоби самопомозі, як-от бібліотерапія, із супроводом фахівця або без нього, зменшують тривожність порівняно зі звичайною допомогою або очікуванням лікування, особливо при ПР, СТР та ГТР (Pauley et al., 2023; Naug et al., 2012). Мобільні застосунки, особливо на основі КПТ, також ефективні порівняно із неактивним контролем, плацебо або стандартною допомогою (Linardon et al., 2024).

Інтегрована поведінкова допомога

За наявності відповідних ресурсів доцільно застосовувати модель інтегрованої поведінкової допомоги на первинній ланці (Primary Care Behavioral Health, PCBH). В її межах консультант із поведінкового здоров'я здійснює цільові втручання, зазвичай із використанням методів КПТ, зокрема релаксаційного тренування та когнітивної реструктуризації (Reiter et al., 2018). Описана модель допомоги асоційована із коротшим часом очікування, більшою залученістю до лікування та кращими показниками психічного здоров'я (Possemato et al., 2018; Hostutler et al., 2025). Клінічно значуще покращення стану пацієнта можливе вже після 1–2 сеансів, хоча швидкість відповіді на лікування є індивідуальною (Bryan et al., 2009).

У моделі спільного ведення (Collaborative Care Management, CoCM) лікар первинної ланки призначає психотропну терапію за консультативної підтримки психіатрів,

Таблиця. Фармакотерапія пацієнтів із тривожними розладами

Препарат	Клас	Показання FDA за ТР у дорослих	Початкова доза та схема титрації	Протипоказання та застереження
Щоденна медикаментозна терапія: препарати першої лінії				
Пароксетин	СІЗЗС	ГТР, ПР, СТР	<i>Лікарська форма із негайним вивільненням:</i> - ГТР/СТР: початкова доза — 20 мг/добу; підвищення на 10 мг щотижня або довше; максимальна доза — 60 мг/добу - ПР: початкова доза — 10 мг/добу; підвищення на 10 мг щотижня або довше; максимальна доза — 60 мг/добу <i>Лікарська форма із контрольованим вивільненням:</i> - СТР: початкова доза — 12,5 мг/добу; підвищення на 12,5 мг щотижня або довше; максимальна доза — 37,5 мг/добу - ПР: початкова доза — 12,5 мг/добу; підвищення на 12,5 мг щотижня або довше; максимальна доза — 75 мг/добу	- Профіль безпеки та критерії Бірса: вища антихолінергічна активність порівняно з іншими СІЗЗС; уникати у літніх пацієнтів через седативну дію, ортостатичну гіпотензію та ризик гіпонатріємії/СНСАДГ (необхідний моніторинг рівня натрію) - Корекція дози (у літніх пацієнтів або при тяжкій нирковій/печінковій недостатності): початкова доза — 10 мг/добу; максимальна — 40 мг/добу (негайне вивільнення), 37,5 мг/добу (контрольоване вивільнення при СТР) і 50 мг/добу (контрольоване вивільнення при ПР) - Вплив при вагітності: приймання у I триместрі підвищує ризик вроджених вад; у III триместрі — ризик персистувальної легеневої гіпертензії та синдрому відміни у новонароджених
Сертралін	СІЗЗС	ПР, СТР	ПР/СТР: початкова доза — 25 мг/добу; підвищення на 25–50 мг щотижня або довше; максимальна доза — 200 мг/добу	- Критерії Бірса: застосовувати з обережністю у літніх пацієнтів через ризик гіпонатріємії/СНСАДГ (необхідний моніторинг рівня натрію) - Печінкова недостатність: при легкій — зменшити початкову та максимальну дози на 50 %; при помірній або тяжкій — не рекомендований - III триместр вагітності: підвищений ризик персистувальної легеневої гіпертензії та синдрому відміни у новонароджених
Флуоксетин	СІЗЗС	ПР	ПР/СТР: початкова доза — 10 мг/добу; підвищення на 10 мг щотижня або довше; максимальна доза — 60 мг/добу	- Ризик аритмій: застосовувати з обережністю при станах, що можуть провокувати аритмії (можливе подовження інтервалу QT) - Критерії Бірса: обережність у літніх пацієнтів з обов'язковим моніторингом рівня натрію (ризик гіпонатріємії/СНСАДГ) - Печінкова недостатність / літній вік: знижені дози або рідший режим приймання (особливо за наявності цирозу) - Застосування СІЗЗС у III триместрі підвищує ризик персистувальної легеневої гіпертензії та синдрому відміни у новонароджених
Есциталопрам	СІЗЗС	ГТР	ГТР: початкова доза — 10 мг/добу; підвищення на 5–10 мг щотижня або довше; максимальна доза — 20 мг/добу	- Критерії Бірса: обережність у літніх пацієнтів з обов'язковим моніторингом рівня натрію (ризик гіпонатріємії/СНСАДГ) - Печінкова недостатність / літній вік: 10 мг/добу - Вагітність (III триместр): підвищений ризик персистувальної легеневої гіпертензії та синдрому відміни у новонароджених
Циталопрам	СІЗЗС	Немає	Поза затвердженими показаннями: початкова доза — 10 мг/добу; підвищення на 10 мг щотижня; максимальна доза — 40 мг/добу	- Найвищий ризик дозозалежного подовження інтервалу QT - Критерії Бірса: обережність у літніх пацієнтів з обов'язковим моніторингом рівня натрію (ризик гіпонатріємії/СНСАДГ) - Обмеження дози: максимальна доза — 20 мг/добу (для літніх осіб, при печінковій недостатності та особливостях метаболізму за CYP2C19) - Вагітність (III триместр): підвищений ризик персистувальної легеневої гіпертензії та синдрому відміни у новонароджених.
Флувоксамін	СІЗЗС	Немає	Поза затвердженими показаннями: початкова доза — 25–50 мг/добу; підвищення на 25–50 мг щотижня або довше; максимальна доза — 300 мг/добу. Після стабілізації на препараті з негайним вивільненням можливий перехід на форму пролонгованого вивільнення 1 раз на добу; дози препарату з негайним вивільненням > 100 мг слід розподіляти на 2 приймання на добу	- Застереження FDA щодо одночасного застосування із бензодіазепінами (особливо діазепамом) - Критерії Бірса: обережність у літніх пацієнтів з обов'язковим моніторингом рівня натрію (ризик гіпонатріємії/СНСАДГ) - При печінковій недостатності та у літніх осіб необхідні нижчі дози (початкова та максимальна) і повільніша титрація - Вагітність (III триместр): підвищений ризик персистувальної легеневої гіпертензії та синдрому відміни у новонароджених

Продовження табл.

Препарат	Клас	Показання FDA за ТР у дорослих	Початкова доза та схема титрації	Протипоказання та застереження
Венлафаксин пролонгованого вивільнення	СИЗСН	ГТР, ПР, СТР	ГТР/ПР: початкова доза — 37,5–75 мг/добу; підвищення на 37,5–75 мг щотижня або довше; максимальна доза — 225 мг/добу СТР: початкова доза — 75 мг/добу; підвищення дози не передбачене; максимальна доза — 75 мг/добу	- Моніторинг артеріального тиску (ризик підвищення на тлі приймання СИЗСН) - Критерії Бірса: обережність у літніх пацієнтів з обов'язковим моніторингом рівня натрію (ризик гіпонатріємії/СНСАДГ) - Ниркова недостатність / діаліз: зменшення добової дози на 25–50 % (при легкій недостатності) та на 50 % (при тяжкій) - Печінкова недостатність: зменшення загальної дози на 50 % (при легкій/помірній) та > 50 % (при тяжкій недостатності або цирозі) - Вагітність (III триместр): підвищений ризик персистувальної легеневої гіпертензії та синдрому відміни у новонароджених
Дулоксетин	СИЗСН	ГТР	ГТР/ПР: початкова доза — 30–60 мг/добу; підвищення на 30–60 мг щотижня або довше; максимальна доза — 120 мг/добу	- Показання FDA: лікування хронічного скелетно-м'язового болю та діабетичної периферичної нейропатії - Моніторинг артеріального тиску (ризик підвищення на тлі приймання СИЗСН) - Критерії Бірса: уникати призначення літнім пацієнтам через підвищений ризик шлунково-кишкових ПЕ - Моніторинг рівня натрію (ризик гіпонатріємії/СНСАДГ, особливо у літніх осіб) - Уникайте приймання із потужними інгібіторами CYP1A2; з обережністю — з інгібіторами CYP2D6 (через ризик підвищення концентрації дулоксетину) - Вагітність (III триместр): підвищений ризик персистувальної легеневої гіпертензії та синдрому відміни у новонароджених
Інші препарати: в особливих випадках або за неефективності засобів першої лінії				
Бупірон	Азапірони	ГТР	ГТР: початкова загальна доза — 10–15 мг/добу, розподілена на 2–3 приймання (наприклад, 7,5 мг двічі на добу); підвищення на 5 мг що 2–3 дні або довше; максимальна доза — 60 мг/добу, розподілена на 2–3 приймання	- Може зменшувати прояви сексуальної дисфункції, спричиненої СИЗСН - Ниркова недостатність: специфічної корекції дози немає, але через можливе значне зростання концентрації препарату розглянути зниження дози - Печінкова недостатність: зменшення дози на 50 % і застосування повільнішої схеми титрації - Розглянути зменшення дози при одночасному застосуванні з інгібіторами CYP3A4
Міртазапін	Інші антидепресанти	Немає	Поза затвердженими показаннями: початкова доза — 7,5–15 мг/добу; підвищення на 7,5–15 мг щотижня або довше; максимальна доза — 60 мг/добу	- Може бути корисним за наявності безсоння - Контроль функції нирок/печінки, ліпідів та маси тіла (ризик підвищення апетиту, набору ваги й дисліпідемії) - Критерії Бірса: обережність у літніх пацієнтів з обов'язковим моніторингом рівня натрію (ризик гіпонатріємії/СНСАДГ) - Ниркова недостатність / літній вік: знижена початкова доза та повільніша титрація - Печінкова недостатність: зменшення початкової та максимальної дози на 50 %
Короткодійні препарати або засоби, застосовувані за потреби: допоміжні варіанти				
Гідроксизин	Антигістаміни	Тривожність	Початкова доза — 25–50 мг до 4 разів на добу; підвищення на 25 мг щотижня або довше; максимальна доза — 100 мг до 4 разів на добу	- Седація: денні дози можуть потребувати зниження порівняно з нічними, оскільки вечірня седація допомагає полегшити супутнє безсоння - Критерії Бірса: уникати призначення пацієнтам літнього віку - Ниркова та печінкова недостатність: зниження дози до 25–50 % від звичайної залежно від ступеня порушення функції
Пропранолол	β-адрено-блокатори	Немає	Поза затвердженими показаннями (лише ситуаційний СТР, пов'язаний із публічними виступами): початкова доза — 10 мг за потреби за 30–60 хв до ситуації; підвищення на 10–20 мг за потреби; максимальна доза — 60 мг/добу	- Застосовувати лише при ситуаційному СТР (публічні виступи); спричиняє меншу седацію порівняно з іншими засобами, використовуваними за потреби - Ниркова та печінкова недостатність: застосовувати з обережністю, розглянути можливість зниження дози
Лоразепам	Бензодіазепіни	Тривожність	Початкова доза — 0,5–2 мг що 4–6 год за потреби; підвищення до 1 мг що 2–3 дні або довше; максимальна загальна доза — 10 мг/добу, хоча зазвичай максимальна доза становить 6 мг/добу	- Ризик фізичної та психологічної залежності (особливо при високих дозах і тривалому прийманні) - Критерії Бірса: уникати призначення пацієнтам літнього віку - Уникати приймання разом з опіоїдами через ризик пригнічення дихання

Закінчення табл.

Препарат	Клас	Показання FDA за ТР у дорослих	Початкова доза та схема титрації	Протипоказання та застереження
Діазепам	Бензодіазепіни	Тривожність	Початкова доза — 2–5 мг 1–2 рази на добу за потреби; підвищення до 1 мг що 2–3 дні або з більшим інтервалом; можна поступово збільшувати кількість приймачь до 4 разів на добу; максимальна добова доза — 40 мг, розподілена на 2–4 приймання	- Бензодіазепіни можуть спричиняти фізичну та психологічну залежність, особливо при застосуванні високих доз і тривалому лікуванні - Включений до переліку Бірса — уникати у пацієнтів літнього віку - Уникати одночасного застосування з опіоїдами через ризик пригнічення дихання - Печінкова недостатність: подовження періоду напіввиведення з підвищенням ризику печінкової енцефалопатії
Алпразолам	Бензодіазепіни	ГТР, ПР	Тривожність, ПР: початкова доза — 0,25–0,5 мг тричі на добу за потреби; підвищення на 0,25–1 мг що 3–4 дні; максимальна добова доза — 10 мг, хоча частіше рекомендована максимальна доза становить 4–6 мг/добу	- Бензодіазепіни можуть спричиняти фізичну та психологічну залежність, особливо при застосуванні високих доз і тривалому лікуванні - Включений до переліку Бірса — уникати у пацієнтів літнього віку - Уникати одночасного застосування з опіоїдами через ризик пригнічення дихання - Тяжка печінкова недостатність: знижена початкова доза та повільніша титрація - Лікарські взаємодії: протипоказано призначати разом із кетоназолом та ітраконазолом; із іншими потужними інгібіторами CYP3A — з обережністю
Клоназепам	Бензодіазепіни	ПР	ПР: початкова доза — 0,25–0,5 мг 1–2 рази на добу за потреби; підвищення на 0,25–0,50 мг що кілька днів або з більшим інтервалом; максимальна добова доза — 4 мг	- Бензодіазепіни можуть спричиняти фізичну та психологічну залежність, особливо при застосуванні високих доз і тривалому лікуванні - Включений до переліку Бірса — уникати у пацієнтів літнього віку - Уникати одночасного застосування з опіоїдами через ризик пригнічення дихання
Прегабалін	Протинападіві	Немає	Поза затвердженими показаннями: початкова доза — 150 мг, розподілена на 2–3 приймання; щотижневе збільшення загальної дози на 150 мг, але зазвичай по 50–100 мг за один раз; максимальна добова доза — 300 мг, хоча є дані про застосування до 600 мг/добу	- Нейропатичний біль: призначення може бути клінічно обґрунтованим - Суїцидальний ризик: протинападіві засоби (зокрема прегабалін) можуть підвищувати ризик суїцидальних ідей або поведінки - Критерії Бірса: уникати у літніх пацієнтів, за винятком випадків переходу з опіоїдної терапії - Ниркова недостатність: зменшення початкової та максимальної дози на 50–75 % при помірному чи тяжкому порушенні функції нирок

Примітки: СНСАДГ — синдром неадекватної секреції антидіуретичного гормону. Інформацію про окремі лікарські засоби наведено відповідно до інструкцій FDA, а для показань, не схвалених FDA, — за даними UpToDate. Літні пацієнти визначаються як особи віком ≥ 65 років, відповідно до рекомендацій критеріїв Бірса Американського геріатричного товариства (AGS, 2023).

Адаптовано за Shepardson R.L. et al. Treatment of anxiety for adults in primary care settings: a review // JAMA Intern Med, 2026; 186 (7): 878–889

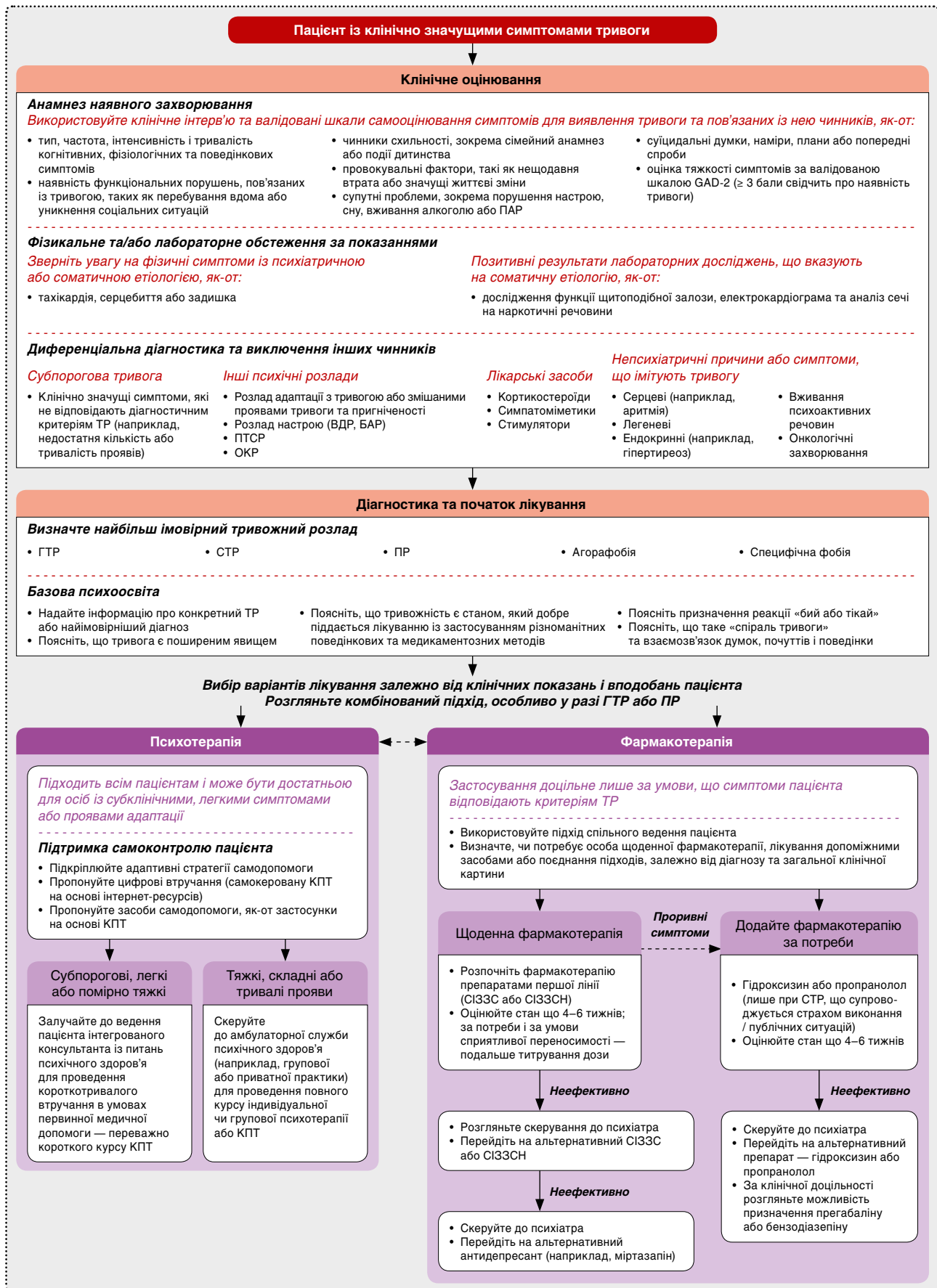
тоді як координатори догляду (наприклад, медичні сестри або соціальні працівники) відстежують симптоми та забезпечують короткі поведінкові втручання. У пацієнтів із ТР СоСМ сприяє виразнішому зменшенню проявів тривоги порівняно зі стандартною первинною допомогою, особливо при ПР (Muntingh et al., 2016).

Фармакотерапія

При виборі фармакотерапії слід враховувати частоту й характер симптомів: за регулярних проявів доцільна щоденна терапія, зокрема селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), тоді як при інтермітентній симптоматиці за потреби можуть застосовуватися короткодійні препарати. Як модель фармакологічного підходу R.L. Shepardson et al. (2026) розглядають ГТР — найпоширеніший серед пацієнтів первинної ланки медичної допомоги та осіб із соматичними захворюваннями (Kroenke et al., 2007; Romanazzo et al., 2022).

Генералізований тривожний розлад. При ГТР препаратами першої лінії є СІЗЗС та селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну

(СІЗЗСН), ефективність яких підтверджено численними РКД і метааналізами (Kong et al., 2020; Gosmann et al., 2021). Управління із контролю за якістю харчових продуктів і медикаментів США (FDA) схвалило для лікування ГТР есциталопрам, пароксетин, дулоксетин і венлафаксин; ефективність сертраліну й флуоксетину продемонстровано в метааналізах даних РКД, хоч ці препарати й не мають відповідного схвалення FDA (Slee et al., 2019). У настановах професійних організацій рекомендовано СІЗЗС або СІЗЗСН як терапію першої лінії (NICE, 2019; Bandelow et al., 2023). Загалом ці препарати добре переносяться; потенційні побічні ефекти (ПЕ) включають головний біль, нудоту, безсоння, сонливість, сексуальну дисфункцію та підвищений ризик кровотеч, причому найчастіше вони виникають на початку лікування, а деякі, зокрема нудота, зменшуються протягом декількох тижнів (Gosmann et al., 2023; Kelly et al., 2008). Клінічне поліпшення зазвичай починається не раніше ніж через два тижні, а максимального ефекту можна очікувати протягом трьох місяців; відповідь у перші 2–4 тижні може прогнозувати подальшу ефективність (Baldwin et al., 2009).



Примітка: Звернення до інтегрованих фахівців із психічного здоров'я доцільне за їх доступності в місцевій клініці.

Рисунок. Алгоритм лікування пацієнтів із тривожними розладами

Адаптовано за Shephardson R.L. et al. Treatment of anxiety for adults in primary care settings: a review // JAMA Intern Med, 2026; 186 (7): 878–889

При ухваленні рішення про призначення СІЗЗС або СІЗЗСН передусім необхідно враховувати уподобання й можливості пацієнта, зокрема готовність до медикаментозного лікування і доступність психотерапії, а також оцінювати вартість, зручність терапії та співвідношення користі й ризиків.

Для повноцінного аналізу ефекту може знадобитися кілька місяців. Після початку лікування відповідь оцінюють щонайменше через 4–6 тижнів застосування препарату в певній дозі; за потреби дозу титрують із подальшим 4–6-тижневим періодом спостереження. Динаміку симптомів доцільно контролювати за допомогою GAD-7 та клінічного інтерв'ю.

R.L. Shepardson et al. (2026) рекомендують підвищувати дозу щонайменше до помірного рівня, перш ніж визнавати препарат неефективним, за винятком розвитку ПЕ або погіршення стану. Початкова доза й темп титрації мають забезпечувати баланс між своєчасним контролем симптомів і мінімізацією ПЕ, до яких пацієнти із тривожністю можуть бути особливо чутливими. Припинення антидепресивної терапії пов'язане із ризиком рецидиву, тому її завершення до одного року зазвичай недоцільне, крім випадків, коли ПЕ або інші обставини, зокрема вартість чи лікарські взаємодії, потребують ранньої відміни або заміни препарату (Batelaan et al., 2017).

За недостатньої ефективності терапії першої лінії часто доцільна заміна на інший СІЗЗС або СІЗЗСН. Додавання короткодіючих препаратів, як-от гідроксизин або бензодіазепіни, може забезпечити швидше полегшення симптомів або бути тимчасовим лікуванням до початку психотерапії чи настання її ефекту (Bandelow et al., 2023; Katzman et al., 2014). Водночас через значний ризик ПЕ, особливо при тривалому застосуванні, бензодіазепіни слід використовувати лише короткочасно та за неефективності менш ризикованих альтернатив, зокрема гідроксизину. Короткодіючі препарати потребують особливої обережності в осіб старшого віку, оскільки бензодіазепіни, гідроксизин і прегабалін не рекомендовані для цієї вікової групи (Bandelow et al., 2015).

Інші тривожні розлади. За інших ТР можуть бути доцільними відмінні терапевтичні стратегії. У таблиці наведено препарати, схвалені FDA для лікування СТР та ПР, а також ТР загалом. СІЗЗС і СІЗЗСН ефективні при СТР, однак за рідкісних ситуацій, що провокують симптоми, щоденна терапія може бути обтяжливішою, ніж застосування за потреби пропранололу або бензодіазепіну. ПР і специфічні фобії зазвичай мають епізодичний або тригерний характер, тому короткодіючі засоби, зокрема гідроксизин, прегабалін чи пропранолол, також бувають ефективними (Generoso et al., 2017; Steenen et al., 2016). Препарати короткої дії у разі потреби доцільно розглядати за виразних симптомів, коли необхідний швидкий контроль, або як тимчасову терапію до початку дії щоденного препарату (Katzman et al., 2014; APA, 2009).

Загальний алгоритм лікування пацієнтів із ТР представлений на рисунку.

Комбіноване лікування

Поєднання поведінкової терапії та фармакологічного лікування може забезпечувати кращі результати, ніж монотерапія, але доказові дані залишаються неоднозначними.

При виборі комбінованого лікування слід враховувати вподобання пацієнта, індивідуальні характеристики, зокрема вік, потенційні ПЕ і попередній досвід терапії; окремі дані свідчать про його користь у пацієнтів, які не відповіли на монотерапію (Bandelow et al., 2015; Tolin et al., 2017).

Обираючи між комбінованою стратегією та монотерапією, клініцист має враховувати не лише ефективність, а й часові витрати на поведінкове втручання, швидкість зменшення симптомів і стійкість ефекту. Докази на користь комбінованого підходу переконливіші для ПР і ГТР, ніж для інших ТР, а також у разі поєднання поведінкової терапії з антидепресантами, але не іншими ліками (Bandelow et al., 2015; Tolin et al., 2017).

Прогноз

За відсутності лікування ГТР і СТР мають хронічний, персистувальний перебіг; протягом 2–5 років повного одужання досягають лише 40 % пацієнтів (Beard et al., 2010; Rodriguez et al., 2006). Водночас серед осіб із ТР, які в умовах первинної допомоги отримували обраний ними метод лікування — КПТ, фармакотерапію або їх поєднання, — частота відповіді на лікування (зменшення симптомів на > 50 % від вихідного рівня) становила 64 % порівняно із 45 % за стандартного лікування, а через один рік ремісії досягали 51 та 33 % відповідно (Roy-Byrne et al., 2010). За відсутності відповіді на лікування, тяжких проявів або потреби в додатковій спеціалізованій допомозі показане скерування до психіатра для подальшого обстеження та лікування.

Обмеження

R.L. Shepardson et al. (2026) зазначають, що, попри аналіз актуальних доказів, огляд не є систематичним. Доказова база має низку обмежень: більшість досліджень зосереджена на окремих ТР, а в понад половині випробувань ефективності поведінкової терапії використовували контрольні групи зі списку очікування, а не активне порівняльне лікування (Shepardson et al., 2018; Patterson et al., 2016). Огляд також не охоплював усі можливі підходи, зокрема комплементарну й альтернативну медицину та нові методи з обмеженою доказовою базою, малодоступні в умовах первинної медичної допомоги.

Висновки

Лікарі первинної медичної допомоги відіграють ключову роль у веденні пацієнтів із ТР та симптомами тривоги, а доказові поведінкові й фармакологічні підходи є ефективними та придатними для цього рівня допомоги. Ширше впровадження універсального скринінгу відповідно до рекомендацій USPSTF може покращити виявлення ТР і, відповідно, доступ пацієнтів до лікування.

Клініцистам важливо розпізнавати типові прояви тривоги та своєчасно диференціювати ТР від інших психічних і соматичних станів. Скерування пацієнтів до фахівців із психічного здоров'я для проведення короткотривалої або повноцінної КПТ та призначення фармакотерапії першої лінії в межах моделі спільного ведення можуть сприяти ефективнішому контролю симптомів розладу.

Підготувала **Наталія Савельєва-Кулик**