

# КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА

В. О. Чахава, Ю. Э. Лесс

*ФГУ «ГНЦ Социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского»*

По данным зарубежных исследований генерализованное тревожное расстройство (ГТР) относится к числу наиболее распространенных расстройств, встречаясь в течение жизни у 5,9–9,0% населения (3, 12, 25). При этом, по свидетельству ряда зарубежных исследователей, ГТР является наиболее частым из всех тревожно-фобических расстройств (ТФР) (9, 17, 22).

В то же время в отечественной психиатрии наблюдается устойчивая тенденция гиподиагностики этого расстройства. Это обстоятельство обычно связывают с трудностями перехода к непривычным для российских психиатров критериям, принятым в МКБ-10. Однако такое объяснение вряд ли убедительно, так как ряд диагностических категорий, в том числе новых, например, паническое расстройство, используются значительно чаще. Недовыявление значительной части случаев ГТР отчасти можно объяснить «маскированием» ГТР разнообразной сопутствующей симптоматикой (6, 7, 23). В частности, у ряда больных генерализованная тревога просматривается в связи с наличием «фасада» жалоб соматического характера (1, 14, 19). Другой причиной гиподиагностики ГТР может быть его трактовка в рамках депрессии (10, 16, 21). У части больных ГТР, по-видимому, переоценивается роль коморбидных нарушений, которые при этом выдвигаются в качестве основного диагноза (18).

**Цель** настоящего исследования: выявить распространенность изолированного и коморбидного ГТР среди больных с тревожными расстройствами, обращающихся за психиатрической помощью и определить причину его невыявления.

Исследование проходило на базе психиатрической больницы санаторного типа, предназначенной для стационарного, полустационарного и амбулаторного лечения больных с непсихотическими расстройствами. Первоначально в архиве больницы было отобрано 212 историй болезни пациентов обоего пола в возрасте 18–60 лет с диагнозами круга ТФР (F40–42), проходивших курс лечения в 2006 году.

При анализе историй болезни, прежде всего, выяснилось, что диагноз ГТР не был выставлен ни в

одной из историй болезни пациентов с тревожными расстройствами. Из литературы же известно, что ГТР составляет примерно четвертую часть ТФР (4, 15), а, следовательно, приведенное распределение тревожных расстройств вряд ли может соответствовать действительности, и больные с невыявленным ГТР, по-видимому, попали в другие диагностические рубрики.

Так же обратило на себя внимание то, что во всех изученных случаях выставлялся лишь один психиатрический диагноз. Однако по данным многочисленных исследований, расстройства спектра тревоги в изолированном виде, то есть без коморбидных расстройств, встречаются меньше, чем в половине случаев: агорафобия (АФ) – у 31%, паническое расстройство (ПР) – у 24,6%, генерализованное тревожное расстройство – у 43,6%, социальная фобия (СЦФ) – у 49%, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – у 34,1%, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) – у 32,4% больных (16, 17, 22). Это и понятно, если вспомнить, что и в МКБ-10, и в DSM-IV в разделах, посвященных тревожным расстройствам, речь идет не о нозологических единицах, а лишь об относительно устойчивых группах симптомов.

Таким образом, есть основания полагать, что полное отсутствие ГТР даже в качестве коморбидного диагноза на репрезентативном материале 212 больных, не соответствует действительности.

Исходя из цели настоящего исследования, все больные были обследованы клинко-психопатологически. Исключались больные шизофренией, органическими, соматоформными, аффективными расстройствами, пациенты с указаниями на алкогольную или наркотическую зависимость, а также соматически больные в стадии обострения. В результате клинического обследования 18 из 212 больных были исключены, так как у них выявились расстройства, не относящиеся к спектру тревожных: у 12 больных – малопрогредиентная шизофрения, у 6 – органическое эмоционально лабильное расстройство. Таким образом, выборку составили 194 больных (62 муж., 132 жен., ср. возраст 35±9,6 лет) с ТФР,

краткая социо-демографическая характеристика которых приведена в табл. 1.

Прежде чем привести результаты настоящего обследования, приведем распределение диагнозов, выставленных в историях болезни включенных пациентов. Чаще всего выявлялась агорафобия (32,5%), на втором месте по частоте оказалось паническое расстройство (29,9%), далее – обсессивно-компульсивное расстройство (13,4%), тревожно-депрессивное расстройство (ТДР) (11,3%) и, наконец, социальная фобия (7,2%).

Настоящее исследование показало, что психическое состояние у части изученных больных, как и ожидалось, в соответствии с критериями МКБ-10 определялось двумя и более расстройствами. То из них, которое имело наибольшую клиническую значимость и, в первую очередь, обуславливало дезадаптацию, рассматривалось как основное расстройство, а остальные – как сопутствующие, или коморбидные.

В соответствии с основным диагнозом больные распределились следующим образом (табл. 2). Чаще всего встречались пациенты с АФ (65 набл., 33,5%). ГТР по частоте оказалось на втором месте (42 набл., 21,6%), превосходя ПР (37 набл., 19,1%), ОКР (28 набл., 14,4%), ТДР (12 набл., 6,2%), СЦФ (10 набл., 5,2%).

При сравнении диагнозов, выставленных в историях болезни и полученных при проведении настоящего исследования, в отношении большинства диагностических категорий выявлены существенные расхождения (табл. 2). По нашим данным, реже встречались ТДР (6,2% против 13,9%), ПР (19,1% против 29,9%), СЦФ (5,2% против 8,8%). Лишь в отношении АФ и ОКР расхождений практически не выявлено. Самая же драматическая разница получилась, когда оказалось, что выборка включает 21,6% больных ГТР, все из которых ранее получили другие диагнозы.

Рассмотрим, каким образом диагностировались ранее больные с ГТР. Случаи пересмотренных диагнозов были следующими: ПР (21 набл., 10,8% от всей выборки), ТДР (15 набл., 5,2%), СЦФ (7 набл.,

3,6%), АФ (1 набл., 0,5%). Видно, что наиболее часто ошибочным диагнозом было ПР, которое составлялось половине больных ГТР. Отметим, что диагноз АФ в подавляющем большинстве случаев (кроме 1 набл.) выставлялся правильно.

Обращаясь к наиболее распространенным ошибкам в диагностике, можно отметить следующее. ПР у изученных больных ГТР выставлялось без достаточных оснований в тех случаях, когда выявлялись либо отдельные ПА в анамнезе, либо эпизоды экзакербации генерализованной тревоги (ГТ), которые ошибочно квалифицировались как ПР. В 15 случаях ГТР переоценивался удельный вес депрессивной симптоматики, что приводило к квалификации состояния как неглубокой тревожной депрессии. Акцент на тревоге, возникающей в ситуации общения, и недоучет ее генерализованного характера являлся причиной ошибочной диагностики СЦФ.

Не вдаваясь в подробности клинического анализа генерализованной тревоги, отметим, что ее проявления включают наряду с тревожным аффектом идеаторные, вегетативные проявления, а также симптомы мышечного напряжения. Проведенное ранее клиническое изучение ГТР показало, что неравномерная выраженность указанных компонентов определяет многообразие клинических проявлений в каждом конкретном случае и может служить основой для создания клинической типологии расстройства. Соответственно были выделены аффективный, соматовегетативный, фобический и тонический типы ГТР (8). Анализ выявленных в настоящей работе случаев ГТР с учетом их принадлежности к тому или иному типу показал, что ТДР выставлялось ранее при аффективном варианте ГТР, ПР – при соматовегетативном, СЦФ – при тоническом.

Игнорирование ГТР при диагностике ТФР оказалось еще тем более удивительным, поскольку при детальном клиническом обследовании оказалось, что помимо 42 больных (21,6%) с доминированием явлений ГТР, еще у 45 пациентов (23,2%) генерализованная тревога была коморбидна другим расстройствам, имеющим более высокую клиническую значимость. Таким образом, всего было выявлено

Таблица 1

| Характеристика изученной выборки             |                   |      |          |      |
|--|-------------------|------|----------|------|
| Характеристики                               | Данные            |      |          |      |
|  | Мужчины           |      | Женщины  |      |
| Пол  | n                 | %    | n        | %    |
|  |                   | 62   | 32,0     | 132  |
| Семейное положение                           | Состоящие в браке |      | Одинокие |      |
|  | n                 | %    | n        | %    |
|  | 117               | 60,3 | 77       | 39,7 |
| Средний возраст на момент обследования (лет) | 35±9,6            |      |          |      |
| Уровень образования                          | Высшее            |      | Среднее  |      |
|  | n                 | %    | n        | %    |
|  | 107               | 55,2 | 87       | 44,8 |

Таблица 2

| Распределение тревожных расстройств по основному диагнозу |                           |                           |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Психическое расстройство                                  | Изученная выборка (n=194) |                           |
|   | По материалам и/б n (%)   | Данные исследования n (%) |
| ГТР   | 0                         | 42 (21,6)                 |
| ТДР   | 27 (13,9%)                | 12 (6,2)                  |
| ПР  | 58 (29,9)                 | 37 (19,1)                 |
| ОКР   | 26 (13,4)                 | 28 (14,4)                 |
| АФ  | 66 (34%)                  | 65 (33,5)                 |
| СЦФ   | 17 (8,8%)                 | 10 (5,2)                  |

Примечания: ТДР – тревожно-депрессивное расстройство, ПР – паническое расстройство, ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство, СЦФ – социальная фобия.

Таблица 3

**Распределение больных с генерализованной тревогой по основному расстройству**

| Основной диагноз                      | Абс. | %    |
|---------------------------------------|------|------|
| Паническое расстройство               | 9    | 10,3 |
| Агорафобия                            | 11   | 12,6 |
| ГТР                                   | 42   | 48,3 |
| Обсессивно-компульсивное расстройство | 7    | 8    |
| Социальная фобия                      | 6    | 6,9  |
| Тревожно-депрессивное расстройство    | 12   | 13,8 |
| Всего                                 | 87   | 100  |

87 пациентов с ГТР в качестве основного либо коморбидного диагноза (44,8% от всех ТФР).

В тех случаях, где диагноз ГТР был правомерен лишь в качестве коморбидного или сопутствующего, основными расстройствами являлись: АФ (11 набл., 12,6%), ПР (9 набл., 10,3%), СЦФ (6 набл., 6,9%), ОКР (7 набл., 8%) (табл. 3). Отдельную категорию больных с ГТ представляли лица, у которых не представлялось возможным выделить ведущую аффективную или тревожную симптоматику и соответствовавшие категории смешанного тревожного и депрессивного расстройства (12 набл., 13,8%).

Таким образом, генерализованная тревога наблюдалась при всех вариантах тревожных расстройств, встречавшихся в данной выборке, однако ее частота при каждом из них была различной (табл. 4).

Как видно из табл. 4, частота ГТ при ПР и ОКР была приблизительно равной и составляла около четверти всех больных каждого из этих расстройств. При АФ ГТ встречалась с наименьшей частотой – 15,3%. Наибольший аффицит к ГТ обнаруживали больные с СЦФ – 60%.

Таким образом, проведенное исследование показало, что генерализованная тревога встречается почти у половины больных ТФР (44,8%). При этом

Таблица 4

**Частота коморбидного ГТР при различных ТФР**

| Основное расстройство                 | Всего | С генерализованной тревогой | %    |
|---------------------------------------|-------|-----------------------------|------|
| Паническое расстройство               | 37    | 9                           | 24,3 |
| Агорафобия                            | 65    | 11                          | 16,9 |
| Обсессивно-компульсивное расстройство | 28    | 7                           | 25   |
| Социальная фобия                      | 10    | 6                           | 60   |

в одних случаях ГТ доминирует в клинической картине, в других – занимает подчиненное положение.

ГТР в относительно самостоятельном виде наблюдается у 21,6% больных с тревожными расстройствами. Это согласуется с данными литературы, свидетельствующими о том, что текущая болезненность ГТР составляет примерно четверть от всех тревожных расстройств (9, 20, 24). В то же время проведенное исследование выявило, что на практике в ущерб выявлению ГТР происходит неоправданная расширительная диагностика ПР, тревожной депрессии и СЦФ.

Значимость генерализованной тревоги в структуре ТФР подтверждается также и высокой частотой ее выявления в качестве коморбидного состояния, сопутствующего любому варианту тревожных расстройств. Хотя анализ клинических последствий такого взаимодействия не входит в задачи настоящего исследования, известно, что коморбидные психопатологические состояния отягощают течение основного расстройства, а также создают дополнительные трудности при фармакотерапии (2, 5, 11, 13). Понятно, почему при выборе тактики лечения таких сложных состояний рекомендуются средства с достаточно широким спектром действия, в частности, антидепрессант двойного действия эфевелон (венлафаксин), а также методики комбинированной терапии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С. Депрессия +тревога: диагностика и лечение. – М., 2003.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей. – М., «ГЭОТАР-Медиа», 2007. – 707 с.
3. Богдан М.Н. Генерализованное тревожное расстройство: клиника, диагностика и лечение // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 3. – С. 89–96.
4. Голдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике. Пер. с англ. – Киев: Сфера, 1999. – С. 165, 171, 172, 175.
5. Калинин В.В., Максимова М.А. Современные представления о феноменологии, патогенезе и терапии тревожных состояний // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. – Т. 3, № 2. – С. 128–142.
6. Новикова Н.А., Сыркин А.Л. Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. – М., 1994. – С. 122–125.
7. Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике // РМЖ. – 2004. – Т. 12, № 22.
8. Чахава В.О., Лесс Ю.Э. Клиническая типология генерализованного тревожного расстройства с учетом коморбидных психопатологических состояний (в печати).
9. Bruce S.E., Yonkers K.A., Otto M.W. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia and panic disorder: A 12-year prospective study // Am. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 162. – P. 1179–1187.
10. Carter R.M., Wittchen H.U., Pfister H., Kessler R.C. One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample // *Depress. Anxiety*. – 2001. – Vol. 13. – P. 78–88.
11. Dolnak D.R. Treating patients for comorbid depression, anxiety disorders, and somatic illnesses // *JAOA*. – 2006. – Vol. 106, N 5, Suppl. 2. – P. 1–8.
12. Fricchione G. Generalized anxiety disorder // *N. Engl. J. Med.* – 2004. – Vol. 12. – P. 675–682.
13. Henning E.R., Cynthia L., Douglas S. et al. Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder // *Depress. Anxiety*. – 2007. – Vol. 24. – P. 342–349.
14. Hoehn-Saire R., McLeod D.R. Clinical management of generalized anxiety disorder // *Clinical management of anxiety disorders* / W.Coryell, G.Winokur (Eds.). – New York: Oxford University Press, 1991. – P. 79–100.
15. Hoyer I., Krause P., Hofler M. et al. When and how well does the family physician recognize generalized anxiety disorders and depressions? // *Fortschr. Med. Orig.* – 2001. – Vol. 119, Suppl. 1. – P. 26–35.
16. Judd L.L., Kessler R.C., Paulus M.P. et al. Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the national comorbidity study (NCS) // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1998. – Vol. 98, Suppl. 393. – P. 6–11.
17. Nutt I.D.J., Ballenger J.C., Sheehan D., Wittchen H.U. Generalized

anxiety disorder: comorbidity, comparative biology and treatment / *Int. J. Neuropsychopharmacol.* – 2002. – Vol. 5. – P. 315–325.

18. Kessler D., Lloyd K., Lewis C. Symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care // *BMJ.* – 1999. – Vol. 318. – P. 436–439.

19. Shear M.K., Schulberg H.C. Anxiety disorders in primary care // *Bull. Menninger Clin.* – 1995. – Vol. 59. – P. 73–85.

20. Spitzer R.L., Kroenke K., Janet B. et al. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. The GAD-7 // *Arch. Intern. Med.* – 2006. – Vol. 166. – P. 1092–1097.

21. Stein D. Comorbidity in generalized anxiety disorder: impact and implications // *J. Clin. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 62, Suppl. 11. – P. 29–34.

22. Weiller E., Bisslerbe J.C., Maier W., Lecrubier Y. Prevalence and recognition of anxiety syndromes in five European primary care settings. A report from the WHO study on Psychological Problems in General Health Care // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 173. – P. 18–23.

23. Wittchen H.U., Boyer P. Screening for anxiety disorders. Sensitivity and specificity of the Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15) // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 173. – P. 10–17.

24. Wittchen H.U. Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders // *Br. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 168, Suppl. 30. – P. 9–16.

25. Wittchen H.U. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society // *Depress. Anxiety.* – 2002. – Vol. 16, N 4. – P. 162–171.

## CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL INVESTIGATION OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER

V. O. Chakhava, Yu. E. Less

The authors report results of investigation of 212 patients with anxiety-spectrum disorders. In those investigated, generalized anxiety disorder (GAD) was diagnosed in at least half cases of anxious and phobic disorders. In 21.6% (42 patients) GAD dominated in the clinical picture of the disorder while in 23.2% (45 patients) it was secondary to the principal disorder. Comparison of the data of this investigation and the

information available in medical documentation showed significant differences. It turned out that none of the patients had ever been diagnosed as GAD. Most frequently, in more than half cases, the doctors diagnosed panic disorder. Besides, they tended to overestimate the prevalence of depressive symptoms and thus widened the diagnostic frames for social phobia.