



Генерализованное тревожное расстройство в практике гастроэнтеролога

Л.Д. Фирсова, д.м.н.

Адрес для переписки: Людмила Дмитриевна Фирсова, firsovald@gmail.com

Для цитирования: Фирсова Л.Д. Генерализованное тревожное расстройство в практике гастроэнтеролога // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16. № 1. С. 80–83.

DOI 10.33978/2307-3586-2020-16-1-80-83

Распространенность генерализованного тревожного расстройства в общей медицинской практике достигает 8–10% общего числа больных, что превышает популяционные показатели. Так называемая соматическая тревога, проявляющаяся телесными симптомами, у данной категории больных нередко превалирует над собственно тревожными жалобами. В клинической картине заболевания часто (но реже по сравнению с симптомами нарушения сердечно-сосудистой и дыхательной систем) присутствуют функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта. В связи с этим впервые диагноз генерализованного тревожного расстройства может предположить гастроэнтеролог. В статье рассмотрен механизм соматизации тревоги, проанализированы клинические проявления данного заболевания, а также дифференциальный диагноз генерализованного тревожного и соматоформного расстройств.

Ключевые слова: генерализованное тревожное расстройство, тревога, соматические симптомы, желудочно-кишечный тракт, функциональные нарушения

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) – состояние, характеризующееся стойкой (не менее шести месяцев) необъяснимой тревогой. Распространенность ГТР в общей популяции – 6,5%, среди пациентов общей медицинской сети – 8–10% [1]. Для понимания диагноза генерализованного тревожного расстройст-

ва рассмотрим термины «тревога», «страх», «тревожность» и определим различие между ними. Тревога – отрицательно окрашенная эмоция, или в более выраженном варианте диффузное ощущение неопределенной угрозы, характер и время реализации которой непредсказуемы. Функция тревоги – предупреждение об

опасности и включение механизма мобилизации организма для быстрого достижения адаптации в меняющихся условиях внешней среды.

Страх принципиально отличается от тревоги не только интенсивностью, но и степенью конкретности ощущения: тревога беспредметна, неясна, тогда как страх предельно конкретен и связан с психологически понятной опасностью.

Тревогу следует отличать от тревожности: тревога – состояние в настоящий момент времени, тревожность – индивидуальная психическая особенность, проявляющаяся в склонности человека часто переживать сильную тревогу по незначительному поводу [2]. Все эмоции человека имеют вегетативный компонент. В случае тревоги психологическая часть эмоции только верхушка айсберга. Вегетативные корреляты тревоги не требуют доказательств, они хорошо известны: побледнеть от страха (результат спазма мелких сосудов кожи), задрожать от страха «как осиновый лист» (вследствие возникшего моторного напряжения) и т.д. Вегетативные проявления тревоги называют соматической тревогой. Ее симпто-



мы могут преобладать в статусе пациентов с ГТР или полностью маскировать психическую составляющую тревоги. По этой причине больные не попадают в поле зрения психиатров, а получают лечение в общемедицинской сети, в том числе у гастроэнтерологов, отдавая приоритет соматическим жалобам.

Вопросы диагностики ГТР, дифференциального диагноза и подходов к лечению отражены в Методических рекомендациях Российского общества психиатров [3], а также в Сборнике инструктивно-методических материалов для врачей [4]. Кроме того, опыт клиницистов и исследователей, касающийся данного вопроса, представлен в ряде современных монографий [5–7]. Тревога – универсальная психофизиологическая реакция на стрессовое воздействие. Это чувство знакомо каждому. У здорового человека тревога является временным ощущением, связанным с угрожающей внешней ситуацией. Физиологическая тревога (иногда ее называют нормальной) психически понятна, продолжительность тревожного состояния зависит от фактора, спровоцировавшего его. Переживая тревогу, человек боится, что может причинить вред, и, как следствие, уделяет больше внимания тому, что тревожит. В результате поведение становится более разумным и эффективным. Данный вид тревоги можно назвать конструктивным, поскольку его функция – определить непроработанные участки жизненной ситуации и изменить поведение. Поэтому в некоторых ситуациях тревожиться полезно. Цель и результат физиологической тревоги – приобретение жизненного опыта и усиление адаптационных возможностей организма.

При физиологической тревоге здорового человека в большей степени выражен психический компонент. Факторами, усиливающими нормальную тревогу, служат высокая степень стрессогенности психотравмирующей ситуации, недостаток информации и дефицит времени для принятия решения. Вегетативные изменения при физиологической тревоге минималь-

ны и не приводят к нарушению адаптации.

Иначе обстоят дела с патологической тревогой, которая ощущается как беспредметное, беспочвенное беспокойство. Чаще она обусловлена внутренними причинами, а психогенный фактор в ряде случаев становится поводом, а не причиной ее появления. Даже если тревога спровоцирована внешними обстоятельствами, ее интенсивность неадекватна ситуации.

Патологическая тревога ассоциируется с длительно существующей опасностью, часто сопровождается страхом, что естественным образом готовит организм к ответу на угрозу и для «спасения» запускает многочисленные вегетативные реакции. Разнообразие и переменчивость длительных вегетативных нарушений приводят к дезадаптации и истощению ресурсов организма. Тревога у лиц с высоким уровнем личностной тревожности занимает пограничное положение между нормальной и патологической тревогой. Сами больные считают себя эмоциональными, чувствительными, остро реагирующими на обычные жизненные проблемы, мнительными, способными преувеличивать возникающие проблемы. Даже при длительной тревоге они объясняют ее естественной реакцией на происходящее. Колебания интенсивности и длительности тревоги зависят от внешних обстоятельств, но не всегда адекватны им. В таком случае возможен переход тревоги в патологическую форму. В периоды сложных жизненных ситуаций (особенно продолжительных) могут присутствовать выраженные вегетативные дисфункции с соответствующей соматической симптоматикой.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра [8] патологическая тревога нашла отражение в рамках нескольких диагнозов, объединенных в разделе F40–F48 «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства». В разделе диагнозы дифференцированы следующим образом:

✓ F40 – тревожно-фобические расстройства;

✓ F41 – другие тревожные расстройства, в частности: F41.0 – паническое расстройство, F41.1 – генерализованное тревожное расстройство, F41.2 – смешанное тревожное и депрессивное расстройство;

✓ F42 – обсессивно-компульсивное расстройство;

✓ F43 – реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации.

Устанавливая диагноз, следует иметь в виду, что разные формы тревожных расстройств в процессе клинической динамики могут переходить одна в другую.

Из упомянутых тревожных расстройств наиболее распространенным в общесоматической практике является генерализованное тревожное расстройство (F41.1).

Чтобы понять суть ГТР, процесс соматизации тревоги необходимо рассмотреть с нейрофизиологической и психологической точек зрения [9, 10]. Тревога – сигнал к опасности, на который организм отвечает каскадом изменений, приводящих его в состояние «боевой готовности». Центральное место в управлении эмоциональными реакциями на физическом уровне занимает вегетативная нервная система. Не случайно ее называют мостом между психикой и телом. Включение активной части вегетативной нервной системы (ее симпатического отдела) готовит тело к спасению, которое может быть достигнуто двумя способами – бегством и нападением. И в том и другом случае первым естественным шагом является повышение тонуса скелетных мышц. Работающие мышцы нуждаются в кислороде: учащается сердцебиение, повышается артериальное давление, углубляется дыхание. При усиленной работе особенно важен сбалансированный внутренний температурный режим. В зависимости от ситуации его урегулирование связано с такими проявлениями, как жар, холодный пот или озноб. Поскольку предполагается интенсивная физическая деятельность, все энергетические ресурсы должны быть направлены на работу скелетных мышц. Организм старается избавиться от «балласта»: гладкие мышцы полых органов резко



сокращаются, приводя к позывам, опорожняющим мочевой пузырь и кишечник.

Из сказанного следует, что природа создала удивительную систему нейрофизиологических реакций, обеспечивающих биологическое выживание в случае опасности. Создавая этот шедевр, природа не могла предвидеть дальнейший ход эволюции: непосредственных внешних угроз стало несравненно меньше. Между тем реакция на угрожающую опасность осталась прежней (как у животных и первобытного человека). Организм за счет активизации вегетативных реакций готовится к бегству или ответному нападению [9, 10].

Реакция человека на опасность имеет свои особенности. В отличие от животных у человека более развита кора головного мозга. В формировании «человеческой» тревоги большую роль играет сложная интерпретация опасной ситуации, то есть то, как человек понимает опасность. Это может усилить негатив и при ошибочной трактовке еще больше усилить тревогу («накручивать себя»). В то же время высокоразвитые нервные центры коры головного мозга способны тормозить нижележащие центры, что позволяет организму смягчать проявления интенсивности тревоги и страха. Этот нейрофизиологический механизм лежит в основе эффективной психотерапии тревоги. Диагностика тревожного расстройства связана с рядом сложностей. Одна из них – упомянутое выше преобладание в клинической картине соматовегетативных нарушений, настраивающих пациента на соматический (серьезный) диагноз. Как показывают клинические наблюдения, на приеме у врача-интерниста больные по разным причинам стараются скрыть тревожное состояние. Определенные трудности связаны и с некоторым различием между психологическим термином тревоги и тревогой, обозначающей в обычной жизни только достаточно интенсивно выраженную негативную эмоцию. В связи с этим пациенты отрицают наличие тревоги и описывают свое состояние менее тревожными сло-

вами, которые тем не менее относятся к терминологии тревожного ряда: беспокойство по мелочам или постоянное беспокойство по поводу предполагаемых неудач, дурные предчувствия, «предожидание» опасности, плохая переносимость неопределенности, потребность в преувеличенном контроле, пугливость, раздражительность, напряженность, настороженность, ощущение взвинченности, пребывание на грани срыва, неспособность расслабиться, нарушение сна (чаще трудности засыпания, частые пробуждения, тревожные сновидения).

Проявления эмоций могут меняться, но каждая из них имеет вегетативное сопровождение. Этим объясняется общая вегетативная лабильность больных ГТР – неопределенный дискомфорт во всем теле или его отдельных частях, неприятные ощущения в животе, не достигающие уровня боли, сухость во рту, общее недомогание, ощущение «разбитости». В таком состоянии организм дезадаптирован, вегетативные реакции вступают в конфликт друг с другом, человек не способен к физическому труду. В отличие от других жалоб слабость и снижение работоспособности практически постоянны. Тревога охватывает весь организм. Это связано с тем, что нервный импульс из симпатической системы, имеющей огромное количество связей и нервных окончаний, распространяется диффузно, по всему телу. Обязательной особенностью соматических проявлений тревоги является их полисистемный характер. Как уже отмечалось, тревога готовит организм к активному ответу на угрожающую ситуацию, задействуются скелетные мышцы, сердечно-сосудистая и дыхательная системы. Это объясняет тот факт, что в клинической картине ГТР доминируют сердечно-сосудистые и дыхательные нарушения. Больные обращаются к кардиологу (с жалобами на неприятные ощущения или боль в области сердца, учащенное сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца, колебания артериального давления), пульмонологу (по поводу ощущение

нехватки воздуха, тревожащей неравномерности дыхания, неудовлетворенности вдохом) или неврологу с самыми разнообразными жалобами (боль в мышцах, мышечная скованность, невозможность расслабиться, головная боль напряжения, дрожь в руках и ногах, ощущение онемения, покалывания, мурашек и т.д.).

С вегетативной нервной системой тесно связан желудочно-кишечный тракт, поэтому дисбаланс между ее симпатическим и парасимпатическим отделами не может не влиять на процесс пищеварения (хотя негативное воздействие на сердечно-сосудистую и дыхательную системы отмечается чаще). Проявлениями данных нарушений могут быть любые гастроэнтерологические симптомы: тошнота, сухость во рту, диарея или запор, боль в животе, метеоризм, нарушение аппетита. В связи с этим высокий уровень коморбидности ГТР и заболеваний желудочно-кишечного тракта не вызывает сомнений. В большей степени это касается заболеваний кишечника. По данным ряда авторов [1], около 40% больных синдромом раздраженного кишечника страдают ГТР. Частота тревоги и депрессии у больных синдромом раздраженного кишечника даже выше, чем у пациентов с объективно более тяжелыми воспалительными заболеваниями кишечника [11].

Полноценное гастроэнтерологическое обследование больных ГТР затруднено из-за характерного для них страха перед проведением обязательных зондовых исследований (эзофагогастроудоденоскопия, колоноскопия). Выходом из сложившейся ситуации может стать проведение подобных исследований с применением внутривенной седации.

Желудочно-кишечные расстройства нередко сочетаются с нарушениями в мочевыделительной системе, которые обычно проявляются частыми позывами к мочеиспусканию. Если при этом в клинической картине присутствует субфебрилитет, оба симптома могут быть ошибочно интерпретированы как признаки воспаления.



Таким образом, при установлении диагноза ГТР необходимо учитывать не только продолжительность заболевания (не менее шести месяцев), но и обязательное наличие не менее четырех указанных симптомов.

Дифференциальная диагностика ГТР и соматоформного расстройства весьма затруднительна из-за сходства клинических проявлений этих заболеваний. При тревожном расстройстве в большей степени обращает на себя внимание эмоциональная (психическая) составляющая, тогда как при соматоформном расстройстве – телесные проявления. «Зачатки» соматоформного расстройства проявляются в детстве (трудности пробуждения от сна, капризы при резких переменах погоды, укачивание в транспорте) и в

переходном возрасте, характеризующемся повышенными требованиями к адаптации. ГТР часто предшествует стрессовая ситуация, которая не является причиной, но способствует возникновению симптоматики. При ГТР ярче, чем при соматоформном расстройстве, проявляются разнообразные двигательные нарушения, которые неизбежно возникают при невозможности реализации телесного ответа в виде борьбы.

Когнитивные особенности (нарушение концентрации внимания, многословие, непоследовательность изложения, склонность к детализации жалоб) пациентов, охваченных тревогой, затрудняют диалог с врачом. Больше, чем жалобы больного, может дать наблюдение за невербальными признаками тревоги. Речь идет о чрезмерной под-

вижности, неусидчивости, беспокойных руках и ногах, потребности менять положение тела, сидении на краешке стула, вздрагивании при посторонних звуках, стремлении увеличить дистанцию с собеседником или спрятаться за физическим барьером (закрытая поза, скрещенные руки и ноги, сумка на коленях), избегании взгляда, отрывистой (иногда слишком громкой) речи, усиленной жестикуляции.

Гастроэнтеролог не должен фокусироваться только на нарушениях в работе органов пищеварения (особенно при функциональных заболеваниях пищеварительного тракта). Необходимо оценивать ситуацию с точки зрения общей клинической картины заболевания. При таком подходе частота выявления ГТР может значительно возрасти. ☉

Литература

1. Колюцкая Е.В., Железова М.В. Тревожные расстройства в общей медицине // Лекции по психосоматике / под ред. А.Б. Смулевича. М.: МИА, 2014. С. 51–64.
2. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. М.: КРОН-пресс, 1997.
3. Диагностика и лечение тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств). Клинические рекомендации. Российское общество психиатров. М., 2015.
4. Сборник инструктивно-методических материалов для врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами (на основе полипрофессионального взаимодействия различных специалистов) / под ред. В.Н. Краснова. М.: Медпрактика-М, 2012.
5. Евсегнеев Р.А. Психиатрия в общей медицинской практике. Руководство для врачей. М.: МИА, 2010.
6. Зиньковский А.К., Юров И.Е. Клинико-психологические, гемодинамические и патобиохимические аспекты тревожных расстройств в динамике их лечения. Тверь: Фактор, 2006.
7. Тревожные расстройства в общей врачебной практике / под ред. Л.С. Чутко. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2010.
8. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. М.: Медицина, 1997.
9. Мэй Р. Смысл тревоги (The meaning of Anxiety). М.: Институт общегуманитарных исследований, 2016.
10. Курпатов А.В. Как победить панические атаки, ВСД и невроз. М.: АСТ, 2019.
11. Иванов В.С. Психические расстройства в гастроэнтерологии // Лекции по психосоматике / под ред. А.Б. Смулевича. М.: МИА, 2014. С. 157–176.

Generalized Anxiety Disorder in the Practic of the Gastroenterologist

L.D. Firsova, MD, PhD

A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific and Practical Center

Contact person: Lyudmila D. Firsova, firsovald@gmail.com

The prevalence of generalized anxiety disorder in general medical practice is 8-10% of the total number of patients, which exceeds population indicators. The so-called 'somatic' anxiety, manifested by bodily symptoms, often prevails in this category of patients over 'actually disturbing' complaints. The functional disorders of the gastrointestinal tract in the clinical picture of this disease are quite often (although less often in comparison with the symptoms of disorders of the cardiovascular and respiratory systems). In this regard, the gastroenterologist may be the first doctor to suggest a diagnosis of generalized anxiety disorder. The mechanism of somatization of anxiety is covered, the clinical manifestations of this disease, as well as the differential diagnosis of generalized anxiety disorder and somatoform disorder, are examined in this lecture.

Key words: *generalized anxiety disorder, anxiety, somatic symptoms, gastrointestinal tract, functional disorders*

гастроэнтерология