

# Особенности диагностики генерализованного тревожного расстройства российскими психиатрами: результаты исследования с использованием оценки кратких клинических описаний

И.А. Мартынихин<sup>1</sup>, Н.Г. Незнанов<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

## РЕЗЮМЕ:

**Актуальность:** Данные государственной статистики и результаты опроса Российского общества психиатров (РОП) свидетельствуют о том, что тревожные расстройства российские психиатры диагностируют существенно реже, чем психиатры других стран мира. Наибольшие различия частоты диагностики были выявлены для генерализованного тревожного расстройства (ГТР). С целью изучить особенности подходов к диагностике ГТР на сайте РОП была размещена серия интерактивных клинических случаев.

**Методы:** Всего было подготовлено 14 описаний клинических случаев, каждый респондент получал 5 из них. Для каждого случая необходимо было выделить симптомы, критерии, указать диагноз и план лечения. К участию в опросе врачи были приглашены через рассылку сайта РОП. В исследовании приняли участие 409 психиатров.

**Результаты:** В случае с классическим описанием клинической картины ГТР соответствующий диагноз установили 78 % респондентов. В случаях, в которых клиника ГТР сочеталась с другой психопатологической симптоматикой или отличалась особенностями ее генеза, этот диагноз выставляла существенно меньшая доля респондентов: 13 % респондентов для случая с описанием клиники ГТР у пациента с ремиссией параноидной шизофрении, 18 % респондентов для случая с сочетанием клиники ГТР и депрессии, 32 % респондентов для случая с сочетанием клиники ГТР и одной панической атакой в анамнезе. Кроме того, решение по выбору диагноза в этих и других случаях свидетельствует о том, что респонденты не всегда следуют критериям МКБ-10 при диагностике.

**Выводы:** Выявленный в настоящем исследовании невысокий процент совпадений диагностических заключений, данных психиатрами для стандартизированных описаний клинических случаев, во многом обусловлен неточным следованием диагностическому руководству к МКБ-10 и опорой на различающиеся теоретические концепции (например, допускающие коморбидность или нет). Эти особенности диагностических подходов могут объяснять низкую выявляемость ГТР в нашей стране, когда соответствующий диагноз получает лишь небольшая доля пациентов с наиболее характерной клинической картиной.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** диагностика, генерализованное тревожное расстройство, ГТР, опрос, навыки.

**КОНТАКТ:** iam@s-psy.ru

## Актуальность

Статистические данные о деятельности психиатрической службы Российской Федерации свидетельствуют о малом числе пациентов, получающих лечение по поводу расстройств из раздела F4 МКБ-10 («Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» [1]). В 2013 году контингент наблюдавшихся государственной психиатрической службой пациентов с расстройствами данного раздела МКБ-10 составил всего 0,3 % населения [2]. При этом, согласно результатам эпидемиологических исследований, заболеваемость в течение года одними только тревожными расстройствами, относящимися среди прочих к разделу F4, составляет 6,7 % населения [3], и нет никаких оснований предполагать, что в нашей стране истинная распространенность этих расстройств может быть существенно ниже, чем в других странах мира.

С целью изучения причин низкой частоты диагностики в России тревожных и стрессовых расстройств, составляющих самую распространенную группу психических нарушений в мире [3], Российским обществом психиатров (РОП) был проведен масштаб-

ный онлайн-опрос врачей-психиатров, получивший обозначение «Магистр». Результаты опроса [4] подтвердили, что в целом врачи-психиатры в России существенно реже выставляют диагнозы тревожных и стрессовых расстройств, чем их коллеги из других стран мира (для сравнения брали результаты схожего опроса ВПА-ВОЗ). Наиболее часто с пациентами, страдающими расстройствами этой группы, работают психиатры соматической сети, научно-исследовательских институтов и частных клиник, что может свидетельствовать о существовании препятствий для обращения лиц с тревожными расстройствами в государственную психиатрическую службу, а также объяснять малое число пациентов, учтенных в официальных статистических отчетах. Кроме того, в ходе опроса были выявлены некоторые особенности использования респондентами диагностических категорий этого раздела. Так, среди тревожных и связанных со стрессом расстройств чаще всего психиатры в нашей стране используют диагнозы смешанного тревожного и депрессивного расстройства и расстройства адаптации, которые по своей сути являются скорее предварительными диагнозами, предназначенными

в первую очередь для пациентов первичной (неспециализированной) медицинской помощи, имеющих наиболее легкие, синдромально не оформленные состояния [5, 6]. Диагноз генерализованного тревожного расстройства в России используется существенно реже, чем в мире, тогда как диагноз панического расстройства, наоборот, чаще.

Оставляя в стороне рассмотрение других возможных причин низкой частоты диагностики тревожных и стрессовых расстройств в нашей стране, отметим, что дальнейшим развитием серии опросов РОП стало исследование особенностей навыков клинической диагностики тревожных расстройств, которыми обладают российские психиатры (исследование «Магистр-2»). В ходе исследования, результатам которого посвящена настоящая статья, были собраны диагностические заключения российских психиатров и их решения по выбору терапии для серии описаний клинических случаев. Сквозной темой для рассматриваемых клинических случаев была выбрана диагностика генерализованного тревожного расстройства (ГТР), в связи с тем что наибольшие различия в частоте используемых диагнозов в опросах РОП и ВПА–ВОЗ были выявлены именно в отношении этого расстройства.

Сбор диагностических заключений по кратким клиническим описаниям – относительно новая методика исследований, которая открывает возможности для оценки утилитарных свойств диагностических категорий и их критериев (поэтому подобные исследования стали использовать при разработке новых классификаций, в том числе МКБ-11), а также особенностей диагностического мышления клиницистов [7]. Последнему аспекту до настоящего времени уделялось незаслуженно мало внимания, в том числе в контексте подготовки специалистов и оценки качества их работы [8–10]. Между тем именно развитие компетенций как сочетания знаний и сформированных практических навыков (включая диагностическое мышление) является целью современного образования, что, помимо прочего, отражено в государственных образовательных стандартах по направлению подготовки «Лечебное дело» [11]. Это послужило основанием для того, чтобы выбрать в качестве объекта изучения в настоящем исследовании не теоретические знания психиатров относительно сущности тревожных расстройств, а их диагностические заключения в отношении представленных описаний клинических случаев.

## Методы

Для сбора диагностических заключений участников исследования «Магистр-2» применяли информационную систему Vcase, разработанную для оценки и тренинга навыка диагностики психических расстройств по клиническим описаниям с использованием заданий по разметке текстов ситуационных задач (клинических случаев) и обозначения участков текста терминами предметной области. Детально особенности системы и результаты ее апробации с участием студентов медицинского вуза, проходящих обучение по циклу психиатрии, были описаны ранее [10]. Дизайн исследования был спланирован в соответствии с имеющимися рекомендациями [7]

по организации исследований с использованием кратких описаний клинических случаев (виньеток). К участию в исследовании через почтовую рассылку были приглашены врачи-психиатры, зарегистрированные на сайте РОП. Всего в базе сайта РОП к моменту старта исследования был зарегистрирован 3571 психиатр. Все они были случайным образом распределены на четыре группы (для каждого адреса в базе была назначена группа от одного до четырех в случайной последовательности в MS Excel), каждой из которой достался свой набор из пяти клинических случаев. Для предотвращения смещения ответов респондентов в результате формирования ожиданий от представленных случаев частная тематика исследования (диагностика ГТР) не была явно указана в письме-приглашении и на сайте, респондентам была адресована просьба ответить на поставленные вопросы с целью изучения различий диагностических суждений специалистов.

В соответствии с результатами опроса «Магистр», для целей настоящей работы были выбраны наиболее сложные дифференциально-диагностические аспекты, связанные с диагностикой ГТР: 1) диагностика ГТР, коморбидного другим психическим расстройствам (как наиболее демонстративный пример был выбран пример коморбидности ГТР и шизофрении); 2) дифференциальная диагностика ГТР с депрессивным расстройством и смешанным тревожным и депрессивным расстройством; 3) дифференциальная диагностика ГТР и расстройств, связанных со стрессом; 4) дифференциальная диагностика ГТР и панического расстройства. По каждому из этих аспектов было подготовлено по три случая, имеющих общие условия, за исключением отдельных аспектов, изменяющих диагностический вывод при опоре на критерии МКБ-10. Кроме того, было подготовлено два дополнительных случая для обучения работе с системой: один с описанием маниакального эпизода у пациента с биполярным аффективным расстройством (БАР), второй – случай ГТР с типичной клинической картиной, соответствующей диагностическим критериям ГТР в МКБ-10. Особенностью данных случаев было то, что они предоставлялись в «режиме обучения» – для них был задан эталонный ответ и после ответа респондент мог увидеть сопоставление своего ответа и эталонного. По остальным заданиям эталонных ответов не было, и никакой обратной связи по своим ответам респонденты не получали. Таким образом, всего было подготовлено 14 задач (общее содержание случаев представлено в табл. 1, полные тексты описаний всех случаев представлены на странице проекта сайта РОП – <http://psychiatr.ru/magistr2>), каждый респондент получал описание пяти случаев (1 обучающий и 4 тематических). Случаи были распределены по группам респондентов таким образом, чтобы каждая группа получила примерно равное количество описаний случаев клиники ГТР. При этом для трех групп респондентов в качестве тренировочного случая был выбран случай с БАР, а для одной группы – с ГТР (целью этого этапа было сравнение результатов «тренинга», т. е. насколько разбор эталонного ответа по обучающему случаю с ГТР повысит вероятность диагностики ГТР в следующих случаях).

**Таблица 1.** Различные варианты клинических случаев, использовавшихся в исследовании «Магистр-2»

| Задание  | Тема   | Вариация А задачи   | Вариация Б задачи   | Вариация В задачи  |
|----------|--|---|---|--|
| Обучение | Обучение работе с системой   | Случай № 1:<br>Маниакальный эпизод у пациента с БАР                                   | Случай № 2:<br>ГТР с обоснованием по МКБ-10   |  |
| № 1      | Коморбидность ГТР и других психических расстройств на примере шизофрении | Случай № 3: Параноидная симптоматика у пациента с шизофренией, тревога в статусе      | Случай № 4:<br>Параноидная симптоматика у пациента с шизофренией, все критерии ГТР в статусе  | Случай № 5:<br>Пациент с шизофренией, психотическая симптоматика в анамнезе, в настоящее время ремиссия психотической симптоматики и все критерии ГТР в текущих жалобах пациента |
| № 2      | Дифференциальная диагностика: депрессивный эпизод с тревогой или ГТР     | Случай № 6:<br>Депрессивный эпизод с отдельными тревожными переживаниями              | Случай № 7:<br>Смешанное тревожно-депрессивное расстройство   | Случай № 8:<br>Одновременное сочетание критериев депрессивного эпизода и ГТР   |
| № 3      | Дифференциальная диагностика: расстройство адаптации или ГТР             | Случай № 9<br>Расстройство адаптации (есть явный и значимый психотравмирующий фактор) | Случай № 10<br>Расстройство адаптации (есть психотравмирующий фактор умеренной интенсивности и ряд других неблагоприятных жизненных факторов) | Случай № 11:<br>Клиника ГТР + присутствуют неблагоприятные жизненные факторы   |
| № 4      | Дифференциальная диагностика: Паническое расстройство или ГТР            | Задача № 12:<br>Паническое расстройство   | Задача № 13:<br>Одна паническая атака и тревога ожидания в течение месяца   | Задача № 14:<br>ГТР с одной панической атакой в анамнезе   |

**Таблица 2.** Задачи, стоявшие перед респондентами при оценке клинических случаев, и текст описания одного из случаев в качестве примера

|   |
|---|
| <p>А. Задачи, стоявшие перед респондентами при оценке клинических случаев:</p> <p><b>1. Симптомы:</b> «Прочитайте описание клинического случая. Выделите в его тексте описания клинически значимых нарушений, которые можно использовать для обоснования диагноза, и обозначьте их терминами из предложенного списка симптомов. Участки текста можно отмечать несколько раз разными терминами. Можно добавить свой термин. После того как Вы обозначите все клинически значимые нарушения, перейдите к вопросу № 2».</p> <p><b>2. Критерии:</b> «Выделите в описании клинического случая значимые для постановки диагноза описания, характеризующие: (А) длительность симптоматики, (Б) выраженность связанных с ней функциональных нарушений, (В) связь с внешними факторами. После этого перейдите к вопросу № 3».</p> <p><b>3. Диагноз:</b> «Выберите в представленном перечне диагноз по МКБ-10, который в наибольшей степени соответствует описанному случаю (в тексте задачи отмечать ничего не нужно). Если это необходимо и соответствует Вашей практике, выберите несколько диагнозов. После этого перейдите к последнему вопросу».</p> <p><b>4. Лечение:</b> «Какое лечение Вы бы назначили этому пациенту после описанного в задаче осмотра? Выберите из предложенного списка препаратов тот (те) препарат(ы), который(е) Вы назначили бы данному больному. Выбрав нужный препарат, отметьте в тексте описание симптоматики, для воздействия на которую Вы его назначаете»</p> <p>Б. Текст описания клинического случая</p> <p>Случай № 2. В ПНД обратилась женщина 44 лет, бухгалтер. Жалобы на нарушения сна, постоянное волнение. При осмотре поза и движения выдают напряжение (беспокойно крутит в руках сумку, не может сидеть расслабленно). Говорит быстро, при описании своих переживаний на глазах появляются слезы, краснеет, жалуется, что бросает в пот. Рассказывает, что постоянно волнуется даже по малозначимым поводам, а мысли о любых предстоящих значимых событиях «совсем выбивают из колеи» – не может сосредоточиться на делах, «все падает из рук». Считает, что началось «это» около года назад, когда сын сдавал ЕГЭ. Тогда боялась, что он «провалится», постоянно думала об этом, чувствовала себя плохо (поднималось артериальное давление, ощущала сердцебиение, беспокоилась о своем здоровье, обращалась к кардиологу, были назначены безрецептурные успокаивающие). В дальнейшем ситуация с сыном благополучно разрешилась, но отмечает, что волнение сохраняется и усиливают его уже самые разные обстоятельства – сдача отчетов на работе, размолвки в семье, бытовые мелочи, физическое недомогание и т. д.</p> |
|---|

В каждом случае перед респондентом было поставлено четыре задачи, которые можно считать последовательными этапами анализа любого клинического случая (табл. 2). При ответе на каждую из задач респондент мог выбрать термины из приведенных авторами случаев списков либо ввести свой термин. Каждая задача подразумевала возможность дать несколько ответов (выбрать из списка или ввести несколько терминов).

Всего в опросе приняло участие 409 психиатров, решивших хотя бы одну из предложенных тематических задач (отклик 11 % из общего числа приглашенных, что с учетом рассылки приглашений по электронной почте, а также сложности и объемности заданий можно считать удовлетворительным показателем), получено 1056 ответов (в среднем по 2,6 на каждого респондента и 75 на каждый из представленных случаев, от 43 до 167).

## Результаты

**Случай № 2** (ГТР, текст описания случая представлен в табл. 2) – большая часть респондентов, дававших оценку этому клиническому случаю, выявили наиболее значимые в представленном описании клинические проявления: тревогу (96,1 % респондентов), вегетативную гиперактивность (84,3 %), нарушения сна (68,6 %), мышечное напряжение (49,0 %), идеомоторное возбуждение (47,1 %), нарушение произвольного внимания (45,1%). Менее соответствующие описанию задачи оценки были представлены реже, например, патологическая утомляемость (17,6 %) как интерпретация функциональных нарушений, паническая атака (13,7 %) как обозначение персистирующей в течение длительного времени вегетативной гиперактивности, гипотимия (11,8 %) как интерпретация эмоционального состояния пациента. Значительная часть (60,2 %) респондентов обозначили фразу «при описании своих переживаний на глазах появляются слезы» как эмоциональную лабильность, хотя, возможно, такая оценка данного описания допустима при интерпретации частного описания, но не полностью соответствует общему контексту случая. Среди критериев течения и причинности респонденты наиболее часто указывали: длительность более шести месяцев (91 %), нарушения функционирования средней степени (72 %), внешние факторы провоцируют манифестацию имеющейся предрасположенности (70 %). При этом диагностические заключения респондентов оказались следующими: ГТР – 78 % респондентов, смешанное тревожное и депрессивное расстройство – 18 %, неврастения – 16 %, расстройство адаптации – 5 %, депрессивный эпизод – 2 %, среди прочих диагнозов, полученных в единичных ответах – посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), органическое тревожное расстройство, острая реакция на стресс. В качестве терапии респонденты выбирали: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (63 % респондентов), атипичные анксиолитики (39 %), бензодиазепины (38 %), прегабалин (28 %), ноотропы (18%), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (10 %), trazодон (10 %) и т. д.

**Случаи № 3–5** (коморбидность ГТР и шизофрении). Никто из респондентов, получивших описание случаев № 3 или 4, в которых были представлены отдельные проявления тревоги или критерии ГТР, соответственно, наблюдаемые в структуре актуального психотического состояния у пациента с шизофренией, не выставили диагнозы каких-либо тревожных расстройств, ограничившись только указанием основного заболевания (параноидной шизофрении). Даже при том что в случае № 4 было подчеркнуто, что тревожные переживания пациента относительно независимы от психотической симптоматики («тревога возникает по любому поводу»). Зато среди респондентов, получивших описание случая № 5 (признаки ГТР у пациента с шизофренией и ремиссией психотической симптоматики), второй диагноз тревожного расстройства выставили 23 % респондентов (13 % – ГТР, 9 % – смешанное тревожное и депрессивное расстройство). При этом случай № 5 был предоставлен респондентам из двух групп: одна

при обучении работе с системой получила случай № 1 (БАР), другая – случай № 2 (ГТР). Среди респондентов первой группы диагнозы тревожных расстройств были выставлены достоверно ( $p < 0,05$ , точный критерий Фишера) реже (6 %), чем среди второй группы (44 %).

Существенно различалась терапия, которую выбирали респонденты с целью воздействия на тревожную симптоматику. В случае № 5 50 % респондентов выбрали препараты из групп СИОЗС и СИОЗСН, 44 % – бензодиазепины, 8 % – прегабалин, 28 % – другие анксиолитики; в случае № 4 11 % – СИОЗС и СИОЗСН, 25 % – бензодиазепины, 17 % другие анксиолитики; в случае № 3 3 % – СИОЗС, 31 % – бензодиазепины, 6 % – другие анксиолитики.

**Случаи № 6–8** (депрессивный эпизод с тревогой или ГТР). Данные случаи отличались описанием клинической симптоматики: в случае № 6 была представлена клиника депрессивного эпизода с отдельными проявлениями тревоги, № 7 – субклинически выраженные проявления тревоги и депрессии, не приводящие к значимым функциональным нарушениям, № 8 – сочетание депрессивной симптоматики и развернутой клинической картины, которая соответствует критериям ГТР. Распределение частоты диагностических заключений респондентов по случаям № 6–8 представлено в табл. 3. Обращает на себя внимание существенное разнообразие ответов и достаточно равномерное их распределение по разным диагностическим категориям, лишь один вариант ответа – депрессивный эпизод для случая № 6 выбрали более 50 % респондентов. Часть респондентов указала несколько диагнозов, но лишь один респондент из тех, кому был предоставлен случай № 8, среди диагнозов выбрал сочетание депрессивного эпизода и ГТР, что наиболее полно соответствовало той клинической картине, которую стремились описать авторы данного случая.

Выделяя симптомы в случае № 8, большая часть респондентов обозначила те же симптомы, которые могут относиться к тревожному синдрому, что и в случае № 2: нарушения сна [затрудненное засыпание] (96 %), тревога (91 %), вегетативная гиперактивность (74 %), мышечное напряжение (74 %), нарушение произвольного внимания (65 %), идеомоторное возбуждение (35 %). При этом частота диагностики ГТР для случая № 8 была существенно ниже, чем для случая № 2 (18 % vs. 78 %). Симптомы, которые в большей степени соответствуют депрессивному синдрому, респонденты в целом выделяли реже: гипотимия (70 %), идеомоторная заторможенность (26 %). Однако именно они в наибольшей степени учитывались респондентами при формулировке диагноза (45 % отметили диагноз депрессивного эпизода, 41 % – смешанного тревожного и депрессивного расстройства). Описание «без видимых причин стала чувствовать постоянную усталость» обозначили «патологической утомляемостью» в случае № 8 74 % респондентов (в случае № 6 – 56 %, № 7 – 68 %).

**Случаи № 9–11** (расстройство адаптации или ГТР). Данные случаи отличались факторами, обуславливавшими развитие симптоматики и находящими отражение в переживаниях пациентов. В случае № 9 был описан значимый психотравмирующий фактор



**Таблица 3.** Доли респондентов, давших соответствующие диагностические заключения по случаям 6–8, %

| Диагноз   | Случай № 6:<br>Депрессивный эпизод<br>с симптомами тревоги | Случай № 7:<br>Смешанное тревожное<br>и депрессивное<br>расстройство | Случай № 8:<br>Сочетание депрессии<br>и ГТР |
|---|--|--|---|
| Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)         | 8  | 3  | 18  |
| Депрессивный эпизод (F32)                               | 67   | 16   | 45  |
| Неврастения (F48.0)                                     | 29   | 35   | 18  |
| Расстройство адаптации (F43.2)                          | 4  | 49   | 9   |
| Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) | 17   | 11   | 41  |
| Другие  | 12   | 8  | 23  |
| Отсутствие психического расстройства (здоров)           | 0  | 5  | 0   |

(смертельное заболевание дочери), и все переживая пациента фокусировались вокруг него. В случае № 10 значение психотравмирующего фактора было меньше (заболевание дочери серьезное, но не опасное, кроме того, есть ряд других жизненных обстоятельств, отражающихся в переживании пациента). В случае № 11 был описан целый ряд неблагоприятных жизненных ситуаций (временная болезнь дочери, алкоголизация мужа, приближающийся выход на пенсию, финансовые трудности), которые в равной степени отражались в переживаниях пациента.

**Случай № 9** больше половины респондентов (59 %) обозначили диагнозом расстройства адаптации, далее по частоте следовали диагнозы острой реакции на стресс (27 % респондентов), ГТР и смешанного тревожного и депрессивного расстройства (по 18 %), депрессивного эпизода и неврастении (по 8 %), ПТСР (4 %). Случай № 10 большая часть респондентов также обозначила расстройством адаптации (60 %), вновь значительный процент (27 %) респондентов указали диагноз острой реакции на стресс, по 20 % – ПТСР и депрессивный эпизод, ГТР – 13 %. Случай № 11 наибольшее число респондентов обозначили диагнозом ГТР (53 %), расстройство адаптации и смешанное тревожное и депрессивное расстройство указали по 24 % респондентов, неврастению – 18 %. При этом при оценке причинности вариант ответа «внешние факторы – причина развития расстройства» выбирали 90 % респондентов, получивших описание случая № 9, 93 % – случая № 10 и лишь 47 % – случая № 11. Для последнего случая 41 % респондентов отметили, что «внешние факторы провоцируют манифестацию имеющейся предрасположенности» и 12 % «нет связи симптоматики с внешними причинами».

**Случаи № 12–14** (паническое расстройство или ГТР). В случае № 12 была описана клиника панического расстройства (повторные непровоцируемые эпизоды выраженной тревоги с вегетативными проявлениями, а также тревога, связанная с ожиданием возможного повторения подобных эпизодов). В случае № 13 был описан пациент, перенесший только одну паническую атаку, в дальнейшем на протяжении месяца имеющий тревогу, связанную с ожиданием повторения этого состояния. В случае № 14 описан пациент, первично пожаловавшийся врачу на одну

паническую атаку, произошедшую с ним месяц назад, но в дальнейшем описавший у себя дисфункциональную тревогу, связанную с самыми различными жизненными обстоятельствами, беспокоящую на протяжении последнего года.

Диагноз панического расстройства для случая № 12 выбрали все 100 % респондентов, получивших этот случай, для случая № 13 – 89 % респондентов, для случая № 14 – 68 % респондентов. Диагноз ГТР для случая № 12 выбрали 14 % респондентов, для случая № 13 – 11 %, случая № 14 – 32 %. Диагноз агорафобии для случая № 13 выбрали 22 % респондентов, для случаев № 12 и 14 этот диагноз выбирали реже (14 и 11 % соответственно). Среди симптомов в случаях № 12 и 13 наибольшее число респондентов выделили паническую атаку (90 и 89 %, соответственно), в случае № 14 респонденты выделяли ее чуть реже (84 %). Тревогу, наоборот, чаще выделяли в случае № 14 (86 %) и реже в случаях № 12 и 13 (56 и 33 % соответственно).

## Обсуждение

Данное исследование является первой попыткой обобщить диагностические заключения в отношении серии клинических случаев вместе с интерпретацией деталей состояния (обоснованием диагноза) у большой выборки российских психиатров. Прежде схожие попытки предпринимались, например, в рамках «Диагностических семинаров» [12], однако тогда не осуществлялась стандартизация вопросов и вариантов ответа, что затрудняло научное обобщение полученных результатов, при этом к участию приглашались всего несколько десятков наиболее именитых специалистов. В настоящее время, благодаря развитию информационных технологий, стало возможным обобщение диагностических заключений большого числа специалистов из разных регионов России.

Тем не менее следует отметить очевидные ограничения методики данного исследования. В первую очередь полученные результаты невозможно прямолинейно экстраполировать на особенности диагностических подходов всех врачей-психиатров Российской Федерации, поскольку, несмотря на то что в исследовании приняло участие достаточно большое число наших коллег, есть все основания полагать, что выборка респондентов может иметь существенные

смещения (вероятно, в опросе приняла участие более технически подготовленная, более заинтересованная в своем профессиональном развитии, более молодая часть психиатров). Далее, саму суть задания – поставить диагноз по краткому клиническому описанию – нельзя сравнивать с постановкой диагнозов пациентам в реальном мире. Ограниченность объема предоставленной в случаях информации, необходимая для уменьшения степени неопределенности условий и стандартизации собираемых данных, позволяет респондентам делать лишь предположения, основанные на имеющейся у них информации. Соответственно, при обсуждении полученных результатов нельзя делать заключения о правильности или неправильности ответа того или иного респондента, можно лишь о более частой или более редкой в данной группе респондентов интерпретации тех или иных клинических описаний, т. е. об особенностях диагностического мышления; ради его изучения и используется данная методология исследований, которая для этих аспектов может иметь высокую валидность [7]. Кроме того, отметим, что оценка диагностических заключений, основанных на интерпретации заранее подготовленных клинических описаний, не может являться целостной оценкой диагностических навыков специалистов, поскольку такая методика исключает существенные для диагностического процесса этапы: опрос пациента, наблюдение, первичное обобщение клинической информации. Соответственно, полученные результаты имеют относительный характер и могут корректно сопоставляться лишь с диагностическими заключениями, полученными в исследованиях, имеющих сходную методологию. В связи с этим для данного исследования были подготовлены наборы схожих случаев, результаты оценки которых в дальнейшем сопоставлены друг с другом.

При обобщении ответов на всю серию предоставленных случаев обращает на себя внимание высокая согласованность оценок респондентов при выделении в клинических описаниях тревоги и связанной с ней симптоматики (вегетативную гиперактивность, мышечное напряжение, идеомоторное возбуждение, нарушения сна и пр.). В тех случаях, где присутствовали соответствующие описания, они отмечались подавляющим большинством респондентов. Однако в отношении постановки диагноза ГТР согласованность заключений респондентов была существенно ниже. Лишь в наиболее однозначно сформулированном случае (№ 2) большая часть респондентов диагностировала ГТР. При дополнении клинической картины, свойственной ГТР, клиникой депрессии, шизофрении, панической атаки, при наличии среди окружающих пациента обстоятельств неблагоприятных факторов частота выделения ГТР в качестве самостоятельного диагноза существенно снижалась.

В случае № 2, в котором была представлена типичная тревожная симптоматика, отмеченная большинством респондентов, а также необходимые для диагностики ГТР по современным диагностическим критериям аспекты течения (значительная длительность симптоматики) и причинности (отсутствие значимых психотравмирующих событий, другой психопатологической симптоматики, генерализованный

характер переживаний), более 3/4 респондентов поставили диагноз ГТР. При этом достаточно высокая частота диагностики смешанного тревожного и депрессивного расстройства при отсутствии указаний на наличие в статусе сниженного настроения и других более специфичных для депрессии признаков, вероятно, может указывать на ориентацию части наших коллег на традиционные, берущие свое начало от Э. Крепелина, представления о том, что тревога является лишь неспецифическим отражением других психопатологических нарушений и не может иметь самостоятельного диагностического значения [12, 13]. В соответствии с этими представлениями часть респондентов, вероятно, предположила, что за симптомами тревоги должна скрываться (маскироваться) депрессия. Неврастения, также отмеченная частью респондентов в качестве возможного для этого случая диагноза, была связана с интерпретацией описанных у пациента неспецифичных функциональных нарушений, следующих за персистирующим эмоциональным напряжением, идеомоторной и вегетативной гиперактивацией, в качестве проявлений патологической утомляемости, характерной для астенического синдрома. Схожая причина частой диагностики неврастении была и в случаях № 6–8, где, исходя из целостной клинической картины случаев, функциональные нарушения и патологическая утомляемость могли быть в первую очередь объяснены свойственной депрессии идеомоторной заторможенностью. В диагностическом руководстве к МКБ-10 [1], отмечено, что диагноз неврастении может быть обоснован только в случае, если жалобы на повышенную утомляемость не обусловлены другими психопатологическими нарушениями, в первую очередь тревогой и депрессией. Соответственно, использование диагноза неврастении при наличии клинически значимой депрессии и тревоги не является обоснованным, также он не должен рассматриваться как некий неспецифичный диагноз для обозначения любого легкого эмоционального дискомфорта (такую тенденцию можно увидеть в результатах оценки случая № 7).

Вслед за работами К. Ясперса, А.В. Снежневского и других исследователей в российской психиатрии до настоящего времени доминирует иерархический принцип диагностики психических расстройств, в соответствии с которым признаки заболевания более высокого (тяжелого) регистра вбирают в себя признаки расстройств более легких регистров. Например, при наличии у пациента признаков, характерных для шизофрении, расстройства невротического уровня в большинстве случаев уже не будут выделяться как самостоятельные диагнозы, поскольку клинические проявления этого регистра должны относиться к одному из проявлений шизофрении [4]. Однако всегда ли в подобных случаях проявления нарушений более легких регистров имеют ту же этиопатогенетическую основу, что и нарушения более тяжелых регистров – вопрос, по современным представлениям имеющий скорее отрицательный ответ. Соответственно, постановка наиболее полного диагноза, отражающего всю имеющуюся у пациента симптоматику, может иметь важное практическое значение, так как позволяет использовать наиболее патогенетически обосно-

ванное лечение для каждого конкретного пациента. Подобный подход уже давно стал нормой во многих медицинских специальностях, где пациенты зачастую получают заключения с длинными перечнями диагнозов.

В случаях № 3–5 была поставлена задача оценить, в каких ситуациях наличие симптоматики тревоги будет приводить респондентов к постановке второго диагноза тревожного расстройства у пациентов с шизофренией. В соответствии с полученными результатами, только при наличии всех признаков генерализованной тревоги в период ремиссии психотической симптоматики (случай № 5) и только небольшая часть респондентов (менее четверти) выставила второй диагноз тревожного расстройства. При одновременном сочетании галлюцинаторно-бредовой симптоматики и не имеющей с ней прямой связи тревоги в сочетании с ее вегетативными проявлениями и функциональными последствиями (случай № 4) никто из респондентов второго диагноза тревожного расстройства не установил. Таким образом, часть участников, давших свои оценки этим случаям, потенциально могут признать возможность сочетания расстройств разных регистров у одного пациента, но только тогда, когда проявления этих расстройств наблюдаются в разные периоды времени; в тех же случаях, когда они представлены одновременно, второй диагноз не выставляется. Это также отражается на выборе терапии. Патогенетически оправданную терапию для лечения тревожного расстройства в период ремиссии психотической симптоматики у пациента с шизофренией выбрали существенно больше респондентов, чем выставили второй диагноз тревожного расстройства (50 % – СИОЗС и СИОЗСН, 8 % – прегабалин). А при одновременном присутствии тревожной и психотической симптоматики лишь 11 % респондентов выбрали препараты групп СИОЗС и СИОЗСН. При игнорировании самостоятельного значения хронически персистирующей тревоги у больного с шизофренией его частые жалобы на эти переживания могут создавать ошибочное впечатление наличия терапевтической резистентности основного заболевания с попыткой заменить или увеличить дозу антипсихотика, хотя в таких случаях более обосновано добавление к терапии препаратов, непосредственно воздействующих на тревогу (в первую очередь это СИОЗС, СИОЗСН, прегабалин).

Разграничение тревоги в рамках депрессивного расстройства и тревоги как самостоятельного расстройства коморбидного депрессии представляется наиболее трудной и неоднозначной задачей из всех рассматриваемых в данной серии клинических случаев. В соответствии с диагностическим руководством к МКБ-10 [1], диагноз смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2) «должен использоваться, когда присутствуют симптомы как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие по отдельности не являются отчетливо доминирующими или выраженными настолько, чтобы оправдать диагноз. Когда присутствуют депрессивные и тревожные симптомы, и они достаточно выражены для отдельной диагностики, тогда должны кодироваться оба диагноза, а настоящая категория не должна использоваться». Тем не

менее в случае № 8, в котором были описаны одновременное сочетание клинически значимых проявлений депрессии и тревожного расстройства, значительная часть респондентов выбрали именно диагноз F41.2, что нельзя считать следованием критериям МКБ-10. Примерно такое же число респондентов выбрали только один диагноз депрессивного эпизода, что, как было отмечено выше, отражает распространенные представления о том, что депрессия часто вбирает в себя тревожную симптоматику (с точки зрения следования МКБ-10 такое кодирование может быть более правильным вариантом, так как в критериях F41.2 отмечено, что «если из практических соображений можно установить только один диагноз, депрессии следует отдать предпочтение»). В качестве диагноза для представленных случаев система позволяла выбрать несколько разных диагнозов, при этом чаще респонденты пользовались такой возможностью скорее с целью выразить свои диагностические сомнения (это можно предполагать по близости ответов, например, одновременно два диагноза: депрессивный эпизод и смешанное тревожное и депрессивное расстройство) и редко для обозначения двух коморбидных состояний. Так, в случае № 8 лишь один респондент одновременно выставил диагнозы депрессии и ГТР.

Кроме частой постановки диагноза смешанного тревожного и депрессивного расстройства в тех случаях, когда по критериям МКБ-10 этот диагноз не должен был быть установлен, отмечалась и противоположная тенденция к гиподиагностике этого расстройства. В случае № 7, где были описаны легкие, субклинические проявления тревожных и депрессивных переживаний, не имеющие значимых функциональных последствий, данный диагноз выставлялся существенно реже, чем диагноз расстройства адаптации (11 % vs. 49 %). С одной стороны, это может быть обусловлено близостью клинических проявлений этих диагностических категорий, а также тем, что субклинически выраженные тревожные опасения и печаль часто принимаются за реакции на обыденные жизненные события (вроде описанных в этой задаче высоких требований на рабочем месте, незамужнего статуса и пр.). С другой стороны, диагноз расстройства адаптации в отличие от F41.2 подразумевает наличие отсутствовавших в данном случае «значимых жизненных перемен или стрессовых событий жизни», а также «некоторую степень снижения продуктивности в ежедневных делах», что в целом делает такое заключение не самым подходящим.

В случаях № 9–11 оценивалось влияние психотравмирующих факторов. В случае № 9 был описан значимый психотравмирующий фактор, изменивший всю жизнь пациентки. Почти 60 % респондентов обоснованно выставили в этом случае расстройство адаптации. В случае № 11, в котором неблагоприятных жизненных факторов было много, а их вклад в развитие симптоматики неоднозначный, напротив, больше половины респондентов (53 %) обоснованно диагностировали ГТР. Однако обращает на себя внимание два аспекта. Первый – во всех трех задачах было значительное количество ответов (порядка 40 %), в которых не учитывался фактор времени (например, диагностировалась острая реакция на стресс, которая, согласно

критериям МКБ-10, длится часы-дни, для состояния, длившегося месяц) и причинности (связь событий и симптоматики, выраженность стресса). Второй – если при отсутствии заметных психотравмирующих факторов (случай № 2) 78 % верно диагностировали ГТР, то при появлении в описании неблагоприятных жизненных обстоятельств (случай № 11) – уже лишь 53 %. При этом связь между жизненными ситуациями и симптоматикой не являлась в случае № 11 однозначной, так как не только социальные проблемы могут вызывать тревогу, но и тревога может приводить к негативной переоценке обычных жизненных обстоятельств, окружающих любого человека. А в генезе ГТР эти два вида взаимосвязи способны друг друга подпитывать, образуя некий «порочный круг».

Случаи № 12–14 свидетельствуют о том, что панические атаки, возможно, благодаря выраженности, витальности страха, а также широкой распространенности информации о клинике вегето-сосудистых кризов, хорошо выделяются специалистами. Однако они также способны заслонять в клинической картине пациента другую присутствующую симптоматику, в том числе хронически персистирующую тревогу, выходящую за рамки одной лишь тревоги ожидания панической атаки. Менее трети респондентов выставили диагноз ГТР в задаче № 14, где жалобы на одну паническую атаку сопровождали тревогу, связанную с различными жизненными ситуациями, присутствующую у пациента на протяжении года.

В завершение необходимо отметить, что решение ситуационных задач в режиме тренинга приводило к улучшению выявления патологии, сходной с той, что была рассмотрена в задачах в других ситуациях (сопоставление случаев № 2 и № 5), что потенциально можно рассматривать как эффект обучения, открывающий возможности использования подобных интерактивных систем решения ситуационных задач в обучении специалистов.

## Выводы

Ответы, полученные в ходе оценки серии клинических случаев, свидетельствуют о наличии в российской психиатрии как общих проблем диагностики психических расстройств, так и сложностей диагностики собственно ГТР. В контексте первого аспекта можно отметить невысокую частоту совпадений диагностических заключений, данных психиатрами для стандартизированных описаний клинических случаев, что во многом обусловлено неточным следованием критериям диагностики МКБ-10, различающимися подходами к психопатологическому анализу (разнообразии алгоритмов исключения тех или иных состояний), ориентировкой на разные теоретические концепции (например, допускающие коморбидность или нет). В отношении собственно диагностики ГТР полученные ответы свидетельствуют об относительной легкости выявления ГТР с классической клинической картиной и о наличии существенно различающихся мнений психиатров в случаях сочетания клиники ГТР с коморбидной психопатологической симптоматикой или нехарактерными сопутствующими факторами. Это касается постановки второго диагноза ГТР при других психических расстройствах (депрессивном эпизоде или шизофрении) и дифференциальной диагностики ГТР с расстройствами адаптации и паническим расстройством.

Выявленные особенности диагностики могут объяснять низкую частоту выявления ГТР в нашей стране. Можно предполагать, что точный диагноз и адекватное лечение получает лишь небольшая доля пациентов, имеющих наиболее стандартную, классическую клиническую картину ГТР, а прочие пациенты с симптомами ГТР, обращающиеся к психиатрам, соответствующего диагноза и лечения не получают.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Психические расстройства и расстройства поведения (класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / под общ. ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. – М.: Минздрав России, 1998. – 512 с.
2. Демчева Н.К., Яздовская А.В., Сидорюк О.В. и др. Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005–2013 гг.): статистический справочник. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. – 572 с.
3. Steel Z., Marnane C., Iranpour C. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013 // *International Journal of Epidemiology*. – 2014. – Vol. 43 (2). – P. 476–493. – DOI: 10.1093/ije/dyu038
4. Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Мосолов С.Н. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей-психиатров // *Современная терапия психических расстройств*. – 2017. – № 2. – С. 2–13.
5. Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A., Cloitre M., van Ommeren M., Jones L.M., Humayan A., Kagee A., Llosa A.E., Rousseau C., Somasundaram D.J., Souza R., Suzuki Y., Weissbecker I., Wessely S.C., First M.B., Reed G.M. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11 // *World Psychiatry*. – 2013, Oct. – Vol. 12 (3). – P. 198–206. – DOI: 10.1002/wps.20057
6. Möller H.-J., Bandelow B., Volz H.-P., Barnikol U.B., Seifritz E., Kasper S. The relevance of "mixed anxiety and depression" as a diagnostic category in clinical practice // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2016. – Vol. 266 (8). – P. 725–736. – DOI: 10.1007/s00406-016-0684-7
7. Evans S.C., Roberts M.C., Keeley J.W., Blossom J.B., Amaro C.M., Garcia A.M., Ritchie P., Maj M., Saxena S. Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies // *International Journal of Clinical and Health Psychology*. – 2015 – Vol. 15. – P. 160–170.

## REFERENCES

1. Psihicheskie rasstrojstva i rasstrojstva povedeniya (klass V MKB-10, adaptirovannyj dlya ispol'zovaniya v Rossijskoj Federacii) / pod obshch. red. B.A. Kazakovceva, V.B. Gollanda. – M.: Minzdrav Rossii, 1998. – 512 s.
2. Demcheva N.K., Yazdovskaya A.V., Sidoryuk O.V. i dr. Epidemiologicheskie pokazateli i pokazateli deyatelnosti psixiatricheskikh sluzhb v Rossijskoj Federacii (2005–2013 gg.): statisticheskiy spravochnik. – M.: FGBU «FMICPN im. V.P. Serbskogo» Minzdrava Rossii, 2015. – 572 s.
3. Steel Z., Marnane C., Iranpour C. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013 // *International Journal of Epidemiology*. – 2014. – Vol. 43 (2). – P. 476–493. – DOI: 10.1093/ije/dyu038
4. Neznanov N.G., Martynihin I.A., Mosolov S.N. Diagnostika i terapiya trevozhnyh rasstrojstv v Rossijskoj Federacii: rezul'taty oprosa vrachej-psixiatrov // *Sovremennaya terapiya psixicheskikh rasstrojstv*. – 2017. – № 2. – S. 2–13.
5. Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A., Cloitre M., van Ommeren M., Jones L.M., Humayan A., Kagee A., Llosa A.E., Rousseau C., Somasundaram D.J., Souza R., Suzuki Y., Weissbecker I., Wessely S.C., First M.B., Reed G.M. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11 // *World Psychiatry*. – 2013, Oct. – Vol. 12 (3). – P. 198–206. – DOI: 10.1002/wps.20057
6. Möller H.-J., Bandelow B., Volz H.-P., Barnikol U.B., Seifritz E., Kasper S. The relevance of "mixed anxiety and depression" as a diagnostic category in clinical practice // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2016. – Vol. 266 (8). – P. 725–736. – DOI: 10.1007/s00406-016-0684-7
7. Evans S.C., Roberts M.C., Keeley J.W., Blossom J.B., Amaro C.M., Garcia A.M., Ritchie P., Maj M., Saxena S. Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies // *International Journal of Clinical and Health Psychology*. – 2015 – Vol. 15. – P. 160–170.



8. Westen D. Прототипная диагностика психиатрических синдромов (Prototype diagnosis of psychiatric syndromes) // World Psychiatry. – 2012, Feb. – Vol. 11 (1). – P. 16–21. – URL: <http://psychiatr.ru/magazine/wpa/15/266> (дата обращения 11.09.2018).
9. Garb H.N. Когнитивные и социальные факторы, влияющие на клинические суждения в практике психиатра (Cognitive and social factors influencing clinical judgment in psychiatric practice) // World Psychiatry. – 2013, Jun. – Vol. 12 (2). – P. 108–110. – URL: <http://psychiatr.ru/magazine/wpa/35/650> (дата обращения 11.09.2018).
10. Мартынихин И.А., Антонов В.С., Незнанов Н.Г., Лисицына Л.С., Лямин А.В. Подход к автоматизированной оценке диагностической компетентности студентов медицинских вузов, изучающих психиатрию // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2016. – Т. 18. – № 2. – С. 54–61.
11. Приказ Минобрнауки РФ от 08.11.2010 № 1118 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060101 «Лечебное дело» (квалификация (степень) «специалист»)). Зарегистрировано в Минюсте РФ 20.12.2010 N. 19261. – URL: <http://psychiatr.ru/news/405> (дата обращения 12.09.2018).
12. Баншиков В.М., Гиндикин В.Я., Жариков Н.М., Серебрякова З.Н. Диагностический семинар. –1966. – URL: <http://ncpz.ru/lib/1/book/107/chapter/2> (дата обращения 12.09.2018).
13. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства (коморбидность и терапия). – М.: Артinfo Паблишинг, 2007. – 64 с.
8. Westen D. Прототипная диагностика психиатрических синдромов (Prototype diagnosis of psychiatric syndromes) // World Psychiatry. – 2012, Feb. – Vol. 11 (1). – P. 16–21. – URL: <http://psychiatr.ru/magazine/wpa/15/266> (дата обращения 11.09.2018).
9. Garb H.N. Kognitivnye i social'nye faktory, vliyayushchie na klinicheskie suzhdeniya v praktike psihiatra (Cognitive and social factors influencing clinical judgment in psychiatric practice) // World Psychiatry. – 2013, Jun. – Vol. 12 (2). – P. 108–110. – URL: <http://psychiatr.ru/magazine/wpa/35/650> (data obrashcheniya 11.09.2018).
10. Martynihin I.A., Antonov V.S., Neznanov N.G., Lisicyna L.S., Lyamin A.V. Podhod k avtomatizirovannoj ocenke diagnosticheskoy kompetentnosti studentov medicinskih vuzov, izuchayushchih psihiatriyu // Psihiatriya i psihofarmakoterapiya. – 2016. – T. 18. – № 2. – S. 54–61.
11. Prikaz Minobrnauki RF ot 08.11.2010 № 1118 «Ob utverzhdenii i vvedenii v dejstvie federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo standart'a vysshego professional'nogo obrazovaniya po napravleniyu podgotovki (special'nosti) 060101 "Lechebnoe delo" (kvalifikaciya (stepen') "specialist")»). Zaregistrirvano v Minyuste RF 20.12.2010 N. 19261. – URL: <http://psychiatr.ru/news/405> (data obrashcheniya 12.09.2018).
12. Bانشchikov V.M., Gindikin V.Ya., Zharikov N.M., Serebryakova Z.N. Diagnosticheskij seminar. –1966. – URL: <http://ncpz.ru/lib/1/book/107/chapter/2> (data obrashcheniya 12.09.2018).
13. Mosolov C.N. Trevozhnye i depressivnye rasstrojstva (komorbidnost' i terapiya). – M.: Artinfo Publishing, 2007. – 64 s.

## Special Aspects of Generalized Anxiety Disorder Diagnosing Among Russians Psychiatrists: the Results of a Vignette Study

I.A. Martynikhin<sup>1</sup>, N.G. Neznanov<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> The First Pavlov State Medical University of St. Petersburg, St. Petersburg, Russia

<sup>2</sup> National V.M. Bekhterev Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

### SUMMARY:

The official statistics and the results of a previous survey of the Russian Society of Psychiatrists (RSP) show that Russian psychiatrists use diagnoses of anxiety disorders less often than psychiatrists from other countries with largest difference in the frequency of generalized anxiety disorder (GAD). The aim of this study was to evaluate special aspects of the GAD diagnosis in Russia through the vignette methodology.

**Methods:** 14 clinical vignettes (Cases) were prepared. Each respondent randomly received 5 of them. Psychiatrists were invited to take part in the study through the RSP mailing list. The study involved 409 psychiatrists.

**Results:** the Case with the pure GAD clinical picture description was recognized by 78 % of respondents. Significantly less respondents established GAD diagnosis in the Cases where GAD symptoms were combined with symptoms of other disorders: 13 % of respondents for a Case of GAD in a patient with remission of paranoid schizophrenia, 18% of respondents for a Case with a combination of GAD and depression, 32 % of respondents for the Case with present clinical features of GAD and one panic attack in the past. The participants' diagnosis decision-making in these and other Cases indicates that much of the respondents do not follow the diagnostic criteria of ICD-10.

**Conclusions:** The vignette study demonstrated low psychiatrists' agreement in the diagnoses of anxiety disorders and in particular GAD, inaccurate adherence to the ICD-10 diagnostic guidance and reliance on different theoretical concepts (for example, which admit comorbid diagnoses or not). These features of diagnosis can explain the low detectability of GAD in Russia.

**KEY WORDS:** diagnostics, generalized anxiety disorder, GAD, vignette study

**CONTACT:** iam@s-psy.ru

## Конфликт интересов

Исследование «Магистр-2» выполнено при спонсорской поддержке компании «Пфайзер».

ООО «Пфайзер», 123112, Москва, Пресненская наб., д.10  
БЦ «Башня на набережной» (Блок С), тел. +7(495)2875000

PP-CNS-RUS-0322 31.01.2019

[www.psypharma.ru](http://www.psypharma.ru)

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ № 4/2018

«Современная терапия психических расстройств». №4. 2018 г. Все права на материал принадлежат издательству «Современная терапия психических расстройств». Размещено с разрешения правообладателя. Не допускается воспроизведение, распространение или иное использование материала или его фрагментов без разрешения правообладателя.