

ПСИХИЧЕСКАЯ И СОМАТИЧЕСКАЯ ТРЕВОГА У ПОЖИЛЫХ, СТРАДАЮЩИХ ДЕМЕНЦИЕЙ

О. Р. Смирнов

ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России

Во многих работах последних лет указывается на то, что тревога у пожилых лиц с когнитивными расстройствами выявляется с трудом, так как больные гораздо охотнее говорят о физическом страдании, чем о душевном беспокойстве, которые, по их мнению, между собой не связаны [1–4, 7]. Следовательно, при диагностике тревоги у этих больных необходимо ориентироваться не только на их самоотчет, но и на объективные признаки психического расстройства, выявление которых необходимо проводить в режиме осмотра, активного расспроса и динамического наблюдения, позволяющих проследить связь телесной патологии с тревогой.

Симптомы тревоги, особенно соматические, напоминают таковые при широко распространенных заболеваниях позднего возраста, поэтому даже специалисты часто объясняют их уже имеющейся соматической патологией [5–10].

Еще сложнее выявить тревогу при глубоком слабоумии, так как в большинстве случаев она скрыта за другими некогнитивными психическими и соматическими расстройствами, усиливающимися на поздних стадиях болезни [5].

Остается неясным то, как часто и какие соматические и психические симптомы тревоги можно выявить у пожилых с деменцией и тревогой при физикальном осмотре и непосредственном клиническом наблюдении, и есть ли какие-либо клинические особенности тревожных расстройств, позволяющие отличать их от соматических заболеваний у этих больных? В проведенном исследовании предпринята попытка ответить на эти вопросы.

Целью данной работы было выявить психические и соматические симптомы в структуре психической и непсихической тревоги у пожилых, страдающих слабоумием.

Задачи исследования

1. Выявить наиболее частые проявления психической и соматической тревоги у пожилых, страдающих деменцией.
2. Уточнить частоту тревожных симптомов и синдромов у больных с начальной, умеренной и глубокой деменцией.

3. Выявить клиническое сходство и своеобразие тревожных синдромов при разной глубине деменции.

4. Определить наиболее важные диагностические признаки, позволяющие отличать соматические симптомы тревоги от соматических заболеваний у пожилых, страдающих деменцией.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 59 больных (42 муж. и 17 жен.), в возрасте от 51 года до 94 лет (средний возраст $75,8 \pm 9,8$ года), страдающих слабоумием (15 чел. – начальным, 25 чел. – умеренным, 19 чел. – глубоким), с ясным сознанием и тревожными расстройствами.

Работа проводилась на базе мужских (37 чел.) и женских (8 чел.) отделений Московской ГКПБ №4 и пансионата для ветеранов труда (4 муж. и 10 жен.).

Слабоумие при болезни Альцгеймера было у 25 больных (42,4%), при болезни Альцгеймера, сочетающейся с цереброваскулярным заболеванием – у 18 (30,5%), васкулярная деменция – у 8 (13,6%), слабоумие иной природы (болезнь Паркинсона, хорея Гентингтона) было также у 8 больных (13,6%).

В тех случаях, когда нозологический диагноз требовал уточнения, а физическое и психическое состояние больного позволяло, проводилась КТ/МРТ головного мозга (16 чел.).

На этапе первичного отбора использовались короткие скрининговые тесты на деменцию: шкала Khan-Goldfarb и тест рисования часов.

Первичный отбор производился при клиническом осмотре больного с учетом данных истории болезни и журнала наблюдений. Признаками возможной тревоги в соответствии с критериями DSM-IV-TR считались: чрезмерная обеспокоенность и тревожные опасения, раздражительность, мышечное напряжение и нарушения сна. Дополнительно учитывались признаки, указывающие на невозможность больного контролировать тревогу, такие, как аберрантное моторное поведение, повторяющиеся тревожные просьбы и т.п.

Для скрининга симптомов тревоги за основу был принят перечень симптомов из раздела «тревога» шкалы NPI-NH. Раздельная психометрическая оценка тяжести соматических и психических симптомов не проводилась в связи с отсутствием адекватных критериев и проверенной методики.

Соматический и неврологический осмотр больных проводились по стандартной схеме и включали в себя оценку состояния вегетативной нервной системы, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, костно-мышечной системы, нервной системы. Учитывались данные, полученные терапевтом, неврологом, другими специалистами, а также их окончательные заключения. Особое внимание уделялось таким симптомам возможной тревоги, как сухость слизистых, потливость, подъем артериального давления (АД) (подъем систолического выше 140 мм рт. ст. или диастолического выше 90 мм рт. ст.), учащение пульса (более 80 ударов в минуту), экстрасистолия, учащение дыхания (более 16 дыхательных движений в минуту), неровное дыхание, равномерное повышение мышечного тонуса, сухожильных рефлексов, тремор (независимо от локализации), головокружение, усиливающиеся при волнении. Выявляемые соматические симптомы оценивались независимо от того, была ли ясной их связь с тревогой или нет.

Для оценки степени когнитивного снижения использовалась шкала MMSE. При сумме баллов с 23 до 18 слабоумие считалось начальным, при сумме от 17 до 10 баллов – умеренным, при сумме 9 и менее баллов – глубоким.

Результаты

В зависимости от тяжести тревоги были выделены 3 варианта тревожного синдрома:

I вариант – психотическая тревога (24 случая, 40,7%), которая в каждом случае была ажитированной и в 15 случаях (62,5%) сопровождалась бредом (наиболее частым был бред ущерба – 9 случаев, 60%). Следует сказать, что оценка когнитивных функций в этой группе больных производилась в период наименьшей ажитации, а особенности самой тревоги оценивались в период ее наибольшей выраженности.

II вариант – «переходная» тревога. Наблюдалась у 16 человек (27,1%), развивалась в рамках переходного состояния, следовавшего сразу после острого психоза, то есть после полной редукции ажитации. Переходная тревога могла быть результатом трансформации предшествующей ей психотической тревоги, но клинических данных, позволивших сделать такой вывод, оказалось недостаточно, так как психоз у этих больных закончился еще до включения их в исследование.

III вариант – «непсихотическая» тревога (19 чел., 32,2%), которая была генерализованной, нефиксированной, «свободно плавающей» и во многом подпадавшей под описание генерализованной тревоги,

но в этих случаях развивавшейся в рамках слабоумия.

Во всех случаях тревога отличалась периодическим течением, то есть, она возникала с частотой от 2-х до 4-х раз в неделю, продолжалась от нескольких часов до суток и перемежалась с относительно спокойным психическим состоянием. Нельзя было отметить какой-либо связи этой тревоги со средовыми факторами. Тревога волнообразно угасала на фоне нарастающего утомления больного.

Симптомы психической тревоги были выявлены у всех 59 обследованных. Наиболее частыми из них были тревожное настроение, идеаторные проявления тревоги, тревожное поведение и инсомния.

Тревожное настроение было отмечено у 51 человека (86,4%), которое в 82,7% случаев сочеталось с раздражительностью (43 чел.).

Идеаторные проявления тревоги в виде предчувствий и опасений были выявлены у 28 человек (47,5%). Как правило, они не имели под собой реальных оснований, и возникали, например, по поводу возможных, лишь предполагаемых свиданий с родственниками или по поводу якобы имевших место договоренностей, или невозможности исполнить что-либо привычное, повседневное, например, действие, связанное с самообслуживанием.

Тревожное поведение было отмечено у 39 человек (66,1%). Наиболее часто (74,4%) оно проявлялось в виде блуждания (перемещения по отделению, этажу, комнатам без цели) и/или тревожной суетливости (48,7%), повторяющихся вопросов и действий (43,6%) – открыванием и закрыванием дверей, перемещением стульев, предметов и т.п. Повторяющиеся вопросы или обращения касались близких родственников, возможности вернуться домой, необходимости выполнить то или иное мнимое поручение и т.п. Например, если у больного возникало стремление выйти на улицу, то вскоре оно сменялось страхом замерзнуть или оказаться в одиночестве. Необъяснимое желание покинуть помещение лишь ненадолго ослабевало при переходе в другое место.

Инсомния была отмечена у 31 больного (52,5%) и в большинстве случаев проявлялась в виде прерывистого сна (80,6%), а в 51,6% случаев – в виде позднего засыпания.

Соматические симптомы тревоги были отмечены у 46 обследованных (78%). Наиболее частыми у тех, кто имел соматические симптомы, были сердечно-сосудистые (73,9%) и мышечные (47,8%) симптомы.

Среди сердечно-сосудистых симптомов тревоги выделялась тревожная тахикардия (94,3% случаев), которая не замечалась больными. По заключениям терапевта какой-либо соматической патологии, способной вызвать тахикардию, у больных при этом не было.

Мышечные симптомы тревоги в 86,4% случаев исчерпывались тревожным тремором и равномерным оживлением сухожильных рефлексов.

Частота проявлений тревоги у больных с разной глубиной деменции

	Начальная (15 чел.)		Умеренная (25 чел.)		Глубокая (19 чел.)	
	п	%	п	%	п	%
Тревожное настроение	15	100	22	88	15	78,95
Напряжение	6	40	12	48	11	57,89
Страхи	5	33,33	7	28	1	5,263
Инсомния	9	60	12	48	10	52,63
Депрессивное настроение	10	66,67	9	36	5	26,32
Соматические симптомы (мышечные)	6	67	10	50	5	29
Соматические симптомы (сенсорные)	3	33	7	35	1	5,9
Сердечно-сосудистые симптомы	6	67	15	75	14	82
Респираторные симптомы	2	22	3	15	3	18
Желудочно-кишечные симптомы	1	11	3	15	3	18
Мочеполовые симптомы	2	22	3	15	3	18
Вегетативные симптомы	3	33	4	20	3	18
Тревожное поведение	10	66,67	16	64	13	68,42

Таблица 2

Частота психотической, переходной и непсихотической тревоги у больных с разной глубиной слабоумия

	Начальная деменция	Умеренная деменция	Глубокая деменция
Психотическая тревога	13,3%	52%*	47,4%
«Переходная» тревога	26,7%	28%	26,3%
«Непсихотическая» тревога	60%**	20%	26,3%

Примечания: * – $p=0,035$ по сравнению с частотой психотической тревоги при начальной деменции; ** – $p=0,025$ по сравнению с частотой непсихотической тревоги при умеренной деменции.

Такой симптом, как боль в мышцах можно было выявить, хотя и редко (всего 3 случая, 13,6%), только при пальпации.

Что касается частоты тревожных симптомов у больных с разной глубиной деменции, то каких-либо статистически достоверных различий выявить не удалось. Данные приведены в табл. 1.

Клиническая квалификация тревожных состояний у больных с разной глубиной слабоумия приведена в табл. 2.

У больных с начальной деменцией в большинстве случаев (60%) тревога была непсихотической, что было чаще, чем при глубокой (26%) и статистически достоверно чаще, чем при умеренной (20%, $p=0,025$).

При умеренной деменции чаще встречалась психотическая тревога (52%), что было достоверно чаще, чем при начальной деменции (13%, $p=0,035$).

При глубокой деменции психотическая тревога встречалась в 47% и с одинаковой частотой встречались переходная (26%) и непсихотическая тревога (26%).

Клиническое сходство выявленных тревожных состояний

При любой форме тревоги самым частым тревожным симптомом было тревожное настроение, обычно, в виде беспокойства с раздражительностью (84–94% случаев).

Одинаково часто, независимо от тяжести тревоги, встречались соматические тревожные симптомы (74–88%), среди которых преобладали сердечно-сосудистые (64–74%), главным образом, в виде тревожной тахикардии (86,7–100%).

Клиническое своеобразие выявленных тревожных состояний

Для психотической тревоги было характерно хаотичное двигательное возбуждение, которое развивалось в 75% случаев.

При «переходной» тревоге в половине случаев можно было отметить тревожное напряжение, которое часто сопровождалось повышением мышечного тонуса, изменчивой скованностью в разных группах мышц, вздрагиваниями. Нередко (43% случаев) отмечалась астения. У этих же больных были выявлены такие сердечно-сосудистые симптомы тревоги, как артериальная гипертензия (1/5 случаев) и экстрасистолия (11% случаев).

При непсихотической тревоге были часты такие симптомы психической тревоги, как блуждания – 79%, инсомния – 74%, гипотимия – 64%. У них же, чаще, чем в других группах (64% против 36–39%), был тремор, преимущественно в руках.

Обсуждение

Анализируя полученные данные, можно сказать, что нефиксированное беспокойство в сочетании с

раздражительностью и тахикардией указывали на тревожность пожилого больного, страдающего слабоумием, независимо от глубины последнего.

Хаотичное двигательное возбуждение, часто возникавшее в рамках психотической тревоги, было связано, вероятнее всего, с утратой сдерживающих механизмов и тенденцией к генерализации тревожного возбуждения, более присущих поздним стадиям деменции.

«Переходная» тревога часто несла на себе отпечаток соматических причин перенесенного экзогенно-органического психоза.

При непсихотической тревоге беспокойство, возбужденность, раздражительность сочетались с тревожными блужданиями и иными расстройствами, умеренно выраженными и почти не нарушавшими адаптацию больных. Эта же тревога сопровождалась нередко для пожилых людей инсомнией и гипотимией, которые можно было расценить как своего рода фон, на котором легко возникала волнообразно текущая тревога. Определенную специфичность таким состояниям придавал тревожный тремор.

Субъективные тревожные симптомы (жалобы) у этих больных уступали место объективным психическим и соматическим симптомам тревоги.

В частности, жалобы на болезненное ощущение напряженности в голове не отмечались больными ни разу, а тревожное головокружение было у 1 из 10 с подобной группой симптомов. В то же время, у этих же больных в 40% встречались сухость слизистых, бледность, а в 20% – гиперемия лица.

Жалобы на чувство нехватки воздуха (респираторные симптомы тревоги) предъявлял только один больной из 4, а тревожное учащение дыхания, частые вздохи были отмечены у 3 других.

Звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара или холода, ощущение слабости, покалывания, пульсации в сосудах (сенсорные симптомы тревоги) встречались редко (8–15%), а объективные признаки астении (истощаемость в сочетании с гиперестезией и нарушениями сна) были отмечены у 50% больных с сенсорными симптомами тревоги. Надо сказать, что сами больные на это не жаловались.

Тревожное напряжение было отмечено у 28 больных, но ни один из них не говорил о каком-либо внутреннем напряжении. Зато во всех случаях при осмотре можно было выявить тревожное повышение мышечного тонуса.

Следует отметить, что гораздо реже, чем ожидалось у этих больных, встречались вегетативные (11–36%), респираторные (14–21%) и желудочно-кишечные (7,1–21%) симптомы тревоги.

Группа респираторных симптомов (чувство давления или сжатия грудной клетки, ощущение удушья) отличалась трудностью их обнаружения в силу утраты больными способности подмечать у себя эти довольно неотчетливые ощущения (1 случай из 4). Но их объективные проявления в виде учащения дыхания, частых вздохов и диспноэ были отмечены у 3 из 4 обследованных.

В тех немногих случаях, когда удавалось наблюдать желудочно-кишечные симптомы тревоги, можно было отметить, что они не отличались разнообразием и яркостью: метеоризм, учащение стула при непсихотической тревоге, снижение или повышение аппетита при психотической или «переходной» тревоге не влияли на поведение больных и не замечались ими.

Таким образом, осмотр и динамическое наблюдение этих больных оказались более информативными, чем расспрос.

Выводы

У пожилых, страдающих слабоумием, можно было выделить 3 варианта тревожного синдрома: психотическую тревогу, «переходную» и генерализованную нефиксированную тревогу.

Психотическая тревога во всех случаях была азитированной и часто сочеталась с бредом. «Переходная» тревога развивалась в структуре постпсихотических состояний. Непсихотическая тревога была генерализованной, «свободно плавающей» и развивавшейся в рамках слабоумия.

Во всех случаях тревога отличалась периодическим течением.

Беспокойство с раздражительностью, блуждания и повторяющиеся действия, инсомния, тревожная тахикардия и тревожный тремор были наиболее частыми симптомами у пожилых с разной глубиной деменции и разной тяжестью тревоги. Частота других психических и соматических симптомов тревоги у больных с разной глубиной деменции была сходной.

Частота тревожных синдромов у больных с разной глубиной деменции была различной: при начальной деменции чаще развивалась непсихотическая тревога, при умеренной и глубокой деменции – психотическая тревога.

Психотическая тревога обычно сопровождалась хаотичным двигательным возбуждением.

При «переходной» тревоге часто встречались тревожное мышечное напряжение, астения и артериальная гипертензия.

При непсихотической тревоге формировался симптомокомплекс, включавший в себя блуждание, инсомнию, гипотимию и тревожный тремор.

Заключение

Многие соматические симптомы у пожилых, страдающих слабоумием, также как и случаи раздражительности, блужданий и инсомнии очень часто встречаются в рамках тревожных состояний, и подобное сочетание психических и соматических симптомов указывает на тревожную природу последних.

Выявленные соотношения между глубиной деменции и клиническими формами тревожных состояний могут быть использованы в качестве дополнительных критериев диагностики, позволяющих отличать тревожные расстройства от соматических заболеваний у пожилых, страдающих деменцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике // Русский медицинский журнал. 2004. № 22. С. 1277–1284.
2. Bryan S., Hardyman W., Bentham P. et al. Proxy completion of EQ-5D in patients with dementia // Qual. Life Res. 2005. Vol. 14, N 1. P. 107–118.
3. Clement J.P., Leger J.M. Psychiatric disorders in non demented elderly people // Bull. Acad. Nat. Med. 2006. Vol. 190, N 6. P. 1175–1185.
4. Derouesne C., Piquard A., Thibault S. et al. Noncognitive symptoms in Alzheimer's disease. A study of 150 community-dwelling patients using a questionnaire completed by the caregiver // Rev. Neurol. 2001. Vol. 157, N 2. P. 162–177.
5. Fenelon G. Management of psychiatric complications of Parkinson's disease // Rev. Pract. 2005. Vol. 15, N 7. P. 733–739.
6. Ferri C.P., Ames D., Prince M. Behavioral and psychological symptoms of dementia in developing countries // Int. Psychogeriatrics. 2004. Vol. 16, N 4. P. 441–459.
7. Gibbons L.E., Teri L., Logsdon R.G., McCurry S.M. Assessment of anxiety in dementia: an investigation into the association of different methods of measurement // J. Geriatr. Psychiatry Neurol. 2006. Vol. 19, N 4. P. 202–208.
8. Leong I.Y., Nuo T.H. Prevalence of pain in nursing home residents with different cognitive and communicative abilities // Clin. J. Pain. 2007. Vol. 23, N 2. P. 119–127.
9. O'Connor D.W. Do older Australians truly have low rates of anxiety and depression? A critique of the 1997 National Survey of Mental Health and Wellbeing, 2006 // Aust. NZ J. Psychiatry. 2006. Vol. 40, N 8. P. 623–631.
10. Steinberg M., Corcoran C., Tschanz J.T. et al. Risk factors for neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2006. Vol. 21, N 9. P. 824–830.

ПСИХИЧЕСКАЯ И СОМАТИЧЕСКАЯ ТРЕВОГА У ПОЖИЛЫХ, СТРАДАЮЩИХ ДЕМЕНЦИЕЙ

О. Р. Смирнов

До сих пор остается неясным, как часто и какие соматические и психические симптомы тревоги можно выявить у пожилых, страдающих слабоумием. Малоизученными остаются клинические различия соматической тревоги и сходных с ней соматических заболеваний, часто встречающихся у этих больных. В исследование было включено 59 пожилых пациентов, страдающих слабоумием (от легкого до глубокого) с периодически возникающей тревогой. Основным методом исследования – клинический. Дополнительно использовались шкалы Khan-Goldfarb, тест рисования часов, MMSE и NPI-NH. Было выявлено, что при всех тревожных состояниях беспокойство с раздражительностью, блуждания и повторяющиеся действия, инсомния, тревожная тахикардия и тревожный тремор были наиболее частыми симптомами у дементных пожилых с тревогой. Психотическая тревога сопровождалась двигательным возбуждением, «переходная» –

напряжением с артериальной гипертензией и экстрасистолией, непсихотическая тревога – блужданиями, инсомнией, гипотимией и тремором. При начальной деменции чаще всего развивалась непсихотическая тревога (60%), при умеренной и глубокой деменции наиболее частой была психотическая тревога (47–52%).

На основании полученных данных можно сделать заключение, что тревога у дементных пожилых – это, как правило, нефиксированное беспокойство с раздражительностью и тахикардией. Диагностически важным является сочетание психических и соматических симптомов тревоги в рамках описанных тревожных состояний. Дополнительным диагностическим критерием может быть соотносимость глубины слабоумия и клинического варианта тревожного синдрома.

Ключевые слова: деменция, психическая тревога, соматическая тревога, «переходная» тревога, поздний возраст.

MENTAL AND SOMATIC ANXIETY IN ELDERLY PEOPLE WITH DEMENTIA

О. R. Smirnov

So far, it remains unclear how frequently and which somatic and mental symptoms of anxiety can be detected in elderly people with dementia. There are also many questions about clinical differences between somatic anxiety and looking very much alike somatic disorder that also frequently occur in this population. This investigation included 59 elderly patients with dementia (from mild to severe) with recurrent anxious episodes. Method: predominantly clinical. Besides, specific instruments were used like the Khan-Goldfarb Scale, test of drawing the clock dial, the MMSE and the NPI-NH. The most common symptoms in anxious elderly patients were restlessness with irritation, wandering and repeated actions, sleep disorders, anxious tachycardia and anxious tremor. Psychotic anxiety was associated with motor agitation; while transient anxiety was associated

with arterial hypertension, and nonpsychotic anxiety – with wandering, sleep disorder, hypothyria and tremor. At initial stages of dementia, nonpsychotic anxiety was common (60%), while in moderate and severe dementia it was psychotic anxiety that prevailed (47–52%).

On the basis of the data obtained, the author draws a conclusion that anxiety in elderly demented patients is as a rule presented by restlessness with irritation and tachycardia. Diagnostically important seems to be a combination of mental and somatic symptoms of anxiety within framework of the described anxious conditions. Additional criterium could be the degree of feeble-mindedness depending on the clinical variant of the anxiety syndrome.

Key words: dementia, mental anxiety, somatic anxiety, transitional anxiety, old age.

Смирнов Олег Рудольфович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения психической патологии позднего возраста ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: oleg_rud_s@mail.ru