

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕХОДНЫХ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОЖИЛЫХ, СТРАДАЮЩИХ СЛАБОУМИЕМ

О. Р. Смирнов

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Тревожные состояния, наблюдаемые в условиях стационара у пожилых, страдающих слабоумием, примерно в 40% случаев сопровождаются ажитацией, которая нередко сочетается с бредом. У остальных тревога является генерализованной непсихотической или сочетается с субдепрессией. Последний вид тревоги часто развивается по мере завершения психоза в рамках «переходных» состояний. Известно, что эти состояния отличаются неустойчивостью настроения и могут включать в себя маломасштабный неконгруэнтный тревоге бред [6, 9, 10].

Подобные переходные синдромы описаны в рамках затяжных (т.е. длящихся более 2-х нед.) экзогенно-органических психозов [Н.Н. Wieseк цит. по 17] у больных разного возраста и с разным когнитивным статусом. В группе этих переходных состояний выделяются, в частности, тревожный, тревожно-депрессивный, астенический и апатический варианты [12].

У пожилых, страдающих слабоумием, экзогенно-органические психозы часто протекают в виде спутанности [13]. Спутанностью также может проявляться «старческий амнестический делирий», имеющий «весьма мало общего» с делирием истинным [2, 4, 9], хотя в тяжелых случаях, протекающих с тревожной ажитацией, эти состояния трудно различимы [10].

Клинические особенности переходных тревожных состояний недостаточно ясны и, по всей видимости, могут зависеть как от природы основного заболевания, так и от характера перенесенного психоза.

Цель данного исследования – выявить клинические особенности постпсихотических тревожных состояний у пожилых, страдающих слабоумием.

Задачи:

1. Уточнить круг психозов, после которых чаще всего возникают переходные тревожные состояния.
2. Выявить клинические различия между переходными тревожными состояниями и предшествующими им психозами.

3. Выделить общие признаки и наиболее значимые отличия разных вариантов переходных тревожных состояний.

4. Оценить возможность использования шкалы NPI для дифференцированной оценки тревожных состояний.

Материалы и методы

Работа проводилась в геронтопсихиатрических отделениях ГКПБ №4. Всего в исследование было включено 24 пациента (13 муж. и 11 жен.), в возрасте от 62 до 90 лет (средний возраст $80 \pm 6,6$ года), страдающих слабоумием (в соответствии с критериями МКБ-10). Нозологическая характеристика исследуемой группы больных приведена в табл. 1.

Таблица 1

Нозологическая характеристика больных, включенных в исследование

Основное заболевание	Число больных
Болезнь Альцгеймера (БА) с ранним и поздним началом	8
Сенильная деменция альцгеймеровского типа с церебро-васкулярным заболеванием, то есть смешанная деменция (СД)	8
Васкулярная деменция (ВД)	7
Деменция при болезни Паркинсона (БП)	1
Всего	24

Структура и тяжесть психотического тревожного состояния оценивались в первую неделю пребывания больного в стационаре, а структура и тяжесть переходного – на 14–20-й день лечения [12, 13].

Признаками возможной тревоги, в соответствии с критериями DSM-IV-TR, считались чрезмерная обеспокоенность и тревожные опасения, раздражительность, мышечное напряжение и нарушения сна [16].

Скрининг тревоги проводился с учетом записей в журнале наблюдений и сведений, получаемых от медперсонала. Обращалось внимание на раздражи-

тельность, изменчивость эмоционального состояния, инсомнию, неусидчивость, блуждания, а также повторяющиеся действия, обращения и просьбы, которые, по общему клиническому впечатлению, были связаны с тревогой [6, 9].

Так как способность к самоотчету у этой категории больных снижена или полностью утрачена [9], особое значение придавалось осмотру. При этом учитывались такие признаки тревожного симптомокомплекса как сухость слизистых, тревожная тахикардия, колебания артериального давления [6, 9, 10]; тревожный тремор [8], тревожное напряжение с повышением мышечного тонуса, изменчивой скованностью в разных группах мышц и вздрагиваниями [10]; дискомфорт в животе с неприятными ощущениями и напряжением мышц, усиливающийся при глубокой пальпации [6, 9].

Некоторые соматические симптомы тревоги могли быть расценены как признаки уже имеющихся хронических заболеваний и, в то же время, симптомы соматических расстройств могли усиливаться тревогой [8]. Поэтому соматические симптомы, наблюдаемые в рамках описанного выше тревожного симптомокомплекса и меняющиеся в той или иной степени вместе с уровнем тревоги, расценивались как ее косвенные признаки.

Степень выраженности тревоги и сопутствующих ей некогнитивных психических расстройств оценивалась при помощи шкалы Neuropsychiatric Inventory (NPI) [15]. Тяжесть этих расстройств измерялась в интервале от 1 балла (расстройство не влияло на поведение больного) до 3 баллов (расстройство определяло поведение больного) [7]. Расстройство могло возникать как редко, то есть менее 1 раза в неделю (1 балл), так и ежедневно (4 балла). Окончательная оценка представляла собой произведение обоих показателей в интервале от 1 до 12 баллов. Для сопоставления групп по каждому пункту шкалы NPI рассчитывались средняя (M) и стандартное отклонение (SD), для сравнения количественных признаков использовался t-критерий Стьюдента, а качественных признаков – метод χ -квадрат для анализа таблиц сопряженности.

Результаты

Переходная тревога наблюдалась после острого экзогенно-органического психоза (I группа, 12 случаев), то есть делирия (син. «токсическая делириозная реакция» по G.Robinson [цит. по 13]). Вторая группа больных (также 12 случаев) перенесла эпизод тревожной ажитации, не сопровождавшейся помрачением сознания и развивавшейся в рамках первично-дегенеративного ослабляющего процесса. Для обозначения этого психического состояния здесь и далее используются термины «ажитация» или «тревожная ажитация» во избежание неоднозначного толкования, возникающего при

использовании терминов «старческий делирий» [1, 4], «сенильная спутанность» [1, 2] или «спутанность» [13].

По полу и возрасту эти группы были сопоставимы.

Нозологический состав групп различался, что отражено в табл. 2.

Таблица 2

Нозологическая характеристика групп, перенесших делирий или ажитированную тревогу

	Делирий	Ажитация
БА	0*	8**
СД	5	3
ВД	7*	0**
Болезнь Паркинсона	0	1

Примечания: * – $p=0,007$; ** – $p=0,002$.

Делирий возникал только у тех, кто страдал ВД или деменцией смешанного типа. Тревожная ажитация развивалась только у страдавших первично-дегенеративным ослабляющим заболеванием.

Исходя из предположения, что клиническая картина переходных тревожных состояний во многом зависит от природы предшествующих им психозов, психотическая и постпсихотическая тревога рассматривались как две стадии единого динамического процесса и на первом этапе работы оценивались именно с этой точки зрения. В силу тех же причин, разные виды постпсихотической тревоги могли существенно отличаться друг от друга, и поэтому на втором этапе исследования они сравнивались между собой.

В I группе начало постделириозного переходного состояния совпадало с первыми эпизодами проявления сознания.

Результаты сравнения частоты и тяжести клинически значимых психопатологических симптомов при делирии и в постделириозном тревожном состоянии приведены в табл. 3 и 4.

Таблица 3

Частота некогнитивных психических расстройств, сопровождавших тревогу при делирии и в постделириозном состоянии

	Делирий (n=12)		Переходное состояние (n=12)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Ажитация	12	100	3	25	0,001
Гипотимия	0	0	7	58,3	0,007
Апатия	0	0	6	50	0,018
Раздражительность	10	83,3	8	66,7	
Блуждания	12	100	6	50	0,018
Инсомния	11	91,7	4	33,3	0,011

Таблица 4

Тяжесть некогнитивных психических расстройств, сопровождавших тревогу при делирии и в постделириозном состоянии

	Делирий		Переходное состояние		p
	М	SD	М	SD	
Ажитация	8,91	2,23	2,5	0,70	0,000
Раздражительность	9,1	1,792	2,25	1,16	0,000
Блуждания	8,16	2,12	2,67	1,86	0,000
Инсомния	8	2,49	3,5	1,73	0,006

При делирии тревога была ажитированной, сопровождалась раздражительностью, инсомнией и блужданиями.

В переходном состоянии исчезали галлюцинации. Проходила или была непостоянной ажитация. Достоверно реже наблюдались инсомния и блуждания. С прежней частотой встречалась раздражительность. Появлялись гипотимия и апатия. Тяжесть раздражительности, инсомнии и блужданий уменьшалась. Состояние можно было квалифицировать как тревожное с гипотимией, раздражительностью и, в ряде случаев, с апатией.

При оценке делириозного состояния по шкале NPI общее количество баллов не превышало 66 и не опускалось ниже 28 и в среднем составляло $45,6 \pm 11$ баллов, а в переходном тревожном состоянии суммарный балл по шкале NPI был менее 26.

Во II группе начало переходного периода совпало с урежением эпизодов ажитации, когда она могла возникать несколько раз в неделю, но уже не была ежедневной.

Результаты сравнения частоты и тяжести клинически значимых психопатологических симптомов при ажитированной тревоге и в постажитационном состоянии приведены в табл. 5 и 6.

Таблица 5

Частота некогнитивных психических расстройств, сопровождавших ажитированную и постажитационную тревогу

	Ажитация (n=12)		Переходное состояние (n=12)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Бред	10	83,3	8	66,7	
Ажитация	12	100	5	41,7	0,007
Раздражительность	12	100	10	83,3	
Благодушие	0	0	6	50	0,018
Блуждания	12	100	4	33,3	0,002
Инсомния	9	75	2	16,7	0,014

Ажитированная тревога всегда сопровождалась раздражительностью, блужданиями, очень часто – инсомнией и маломасштабным бредом.

Таблица 6

Тяжесть некогнитивных психических расстройств, сопровождавших ажитированную и постажитационную тревогу

	Ажитация		Переходное состояние		p
	М	SD	М	SD	
Бред	9,1	2,68	3,13	1,88	0,000
Ажитация	7,92	2,77	2	1	0,000
Раздражительность	8,25	2,49	2,5	1,43	0,000
Блуждания	7,42	2,64	3	0,81	0,006

В переходном периоде инсомния и блуждания встречались достоверно реже, а раздражительность и бред – с прежней частотой, хотя бред уже не влиял на поведение больных, и тяжесть бреда не зависела от выраженности тревоги. Появлялось благодушие, которое могло быстро и беспричинно сменяться недовольством.

При оценке психотического состояния этих больных по шкале NPI общее количество баллов не превышало 68 и не опускалось ниже 27 и в среднем составляло $46,8 \pm 13,2$ балла, а в переходном состоянии суммарный балл по шкале NPI был менее 25.

Обсуждение

У пожилых, страдающих слабоумием, переходное тревожное состояние наблюдалось не только после окончания острой фазы экзогенно-органического психоза, но и после ажитированной тревоги, протекавшей без помрачения сознания.

В первом случае это был делирий вследствие высоковероятных сосудистых или других неустановленных соматических причин. Во втором – состояние соответствовало клинике описанного С.Г.Жислиным «амнестического делирия» [4].

И делириозная, и ажитированная тревога обычно сопровождалась раздражительностью, инсомнией и блужданиями.

В переходном тревожном состоянии, независимо от его природы, отмечалась редукция этих расстройств. Раздражительность по-прежнему была частой, но менее тяжелой. Это подтверждает данные предыдущих исследований [6, 9], в которых было показано, что она является наиболее характерным признаком тревоги любого типа у этой категории больных.

Оба вида переходных тревожных состояний имели ряд клинических особенностей, зависящих как от природы перенесенного психоза, так и от характера основного заболевания.

Гипотимия и апатия наблюдались только после делирия. Если учесть, что при этом, как было указано выше, они почти всегда сочетались с раздражительностью, то, в соответствии с концепцией А.А.Портнова [5], в этом можно усмотреть

признаки детерминированного синдрома таксиса экзогенно-органических психозов.

Феномен возвращающейся постделириозной ажитации и почва. У части больных, перенесших делирий, ажитация уходила и вновь ненадолго возвращалась. Эти больные страдали смешанной деменцией (СД) в которой атрофический процесс был первичным. Примечательно, что страдающие ВД выходили из делирия без феномена возвращающейся ажитации.

Благодушие, маломасштабный бред и почва. Группа постажитационных тревожных состояний характеризовалась колебаниями настроения от раздражительности до благодушия и неконгруэнтными тревоге бредовыми идеями малого масштаба. Причем у 10-ти больных из 12-ти бред наблюдался как в психозе, так и в переходном состоянии.

Благодушие и маломасштабный бред могли наблюдаться и после делирия, но возникли они только у тех 2-х больных, которые страдали СД, то есть, после делирия у страдавших мозговой атрофией.

О практической применимости шкалы NPI. При оценке психического состояния по шкале NPI сумма баллов менее 24 в любом случае указывала на окончание психоза и начало переходного этапа.

Обобщая полученные клинические данные и следуя алгоритму оценки психического состояния в соответствии со структурой шкалы NPI [7,15], можно выделить следующие особенности динамики наиболее значимых психопатологических расстройств в психотическом и постпсихотическом тревожном состоянии.

Маломасштабный бред становился неконгруэнтным тревоге и дезактуализировался. Галлюцинации возникали только в рамках делирия у страдавших васкулярной и смешанной деменцией и полностью редуцировались в переходном состоянии. Ажитация возникала все реже и длилась недолго. Тревожное напряжение постепенно трансформировалось в тревожную мышечную скованность и сопровождалось слезливостью, которая была связана с гипотимией. У страдавших БА раздражительность все больше проявлялась характерной неустойчивостью настроения, когда благодушие сменялось недовольством. Блуждания возникали реже, и в переходном состоянии тревожное поведение все больше характеризовалось суетливостью и повторяющимися действиями. Инсомния, сопровождавшаяся в психозе неадекватной ночной активностью, посте-

пенно принимала форму позднего засыпания, прерывистого сна и ранних пробуждений.

В соответствии с концепцией малых и больших синдромов [3, 11] можно сказать, что большой тревожный синдром постепенно становился малым.

Выводы

Переходные тревожные состояния развиваются после делирия и тревожной ажитации, протекающей без помрачения сознания.

Делирий возникает, как правило, на фоне очагового (вероятнее всего, мультиинфарктного) поражения мозга, а ажитированная тревога – у страдающих первично-дегенеративным слабоумливающим заболеванием.

Переход в постпсихотическое тревожное состояние совпадает или с первым эпизодом прояснения сознания, или с частичной редукцией ажитации. Вслед за этим постепенно нормализуется сон, блуждания становятся редкими и непродолжительными. При этом сохраняется, хотя и в относительно легкой форме, раздражительность.

Особенности клинической картины переходных тревожных состояний зависят от природы как основного заболевания, так и перенесенного острого психоза.

Шкала NPI может быть использована в качестве дополнительного инструмента для разграничения психотических и переходных тревожных состояний.

Заключение

Переходные тревожные состояния у пожилых, страдающих слабоумием, могут возникать вслед за психозами разной природы. Поэтому, при анализе их клинической структуры нужно обращать внимание на общие и частные особенности. Общие признаки, а также клинически ясная трансформация большого тревожного синдрома в малый, позволяют разграничивать психотический и постпсихотический этапы этого единого процесса и выбирать верную тактику и стратегию терапии. Учет клинических различий этих состояний помогает подбирать адекватную патогенетическую терапию. В качестве дополнительного инструмента в этой работе может быть использована шкала NPI.

По всей видимости, именно переходные тревожные состояния обуславливают необходимость стационарного лечения этой категории больных, поэтому практически важно знать клинические признаки их динамики и завершения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербух Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. Л.: Медицина, 1969. С. 100–104.
2. Букатина Е.Е., Григорьева И.В., Смирнов О.Р. Шкала оценки психического состояния дементных больных пожилого возраста // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. Т. 2, № 4. С. 29–37.
3. Василенко В.Х. Общая методология диагноза // Пропедевтика внутренних болезней / Под ред. В.Х.Василенко, А.Л.Гребнева. М.: Медицина, 1983. С. 90–94.
4. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. М.: Медицина, 1965. С. 168, 178, 179.
5. Портнов А.А. Общая психопатология. М.: Медицина, 2004. С. 151–161.
6. Смирнов О.Р. Структурные особенности тревожных состояний у пожилых, страдающих слабоумием // Клиническая геронтология. 2009. № 10–11. С. 32–35.
7. Смирнов О.Р. Коррекция нарушений поведения больных с начальными формами деменций в интернатах общего типа: Пособие для врачей. М., 2004.
8. Смирнов О.Р. Клинико-динамические особенности тревоги у дементных больных // Материалы XV съезда психиатров России. М., 2010. С. 179.
9. Смирнов О.Р. Психическая и соматическая тревога у пожилых, страдающих деменцией // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 4. С. 26–30.
10. Смирнов О.Р. Методические рекомендации по диагностике, клиническим особенностям и терапии тревожных расстройств у больных с начальной и умеренно выраженной деменцией в позднем возрасте. М., 2011.
11. Снежневский А.В. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1983. Т. 1. С. 82.
12. Тиганов А.С. Симптоматические психозы // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1983. Т. 2. С. 233–234.
13. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. М.: Медицина, 1996. С. 129–135.
14. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М.: Медицина, 1977. С. 91–92, 160–161.
15. Comings J.L., Mega M., Gray K. et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia // J. Neurology. 1994. Vol. 44. P. 2308–2314.
16. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000. P. 472–476.
17. Faust C. Психические расстройства после черепно-мозговых травм // Клиническая психиатрия / Под ред. Г.Груле и соавт. М.: Медицина, 1967. С. 351.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕХОДНЫХ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОЖИЛЫХ, СТРАДАЮЩИХ СЛАБОУМИЕМ

О. Р. Смирнов

Автором исследованы особенности постпсихотических тревожных состояний у пожилых, страдающих слабоумием. Выделено два вида переходных тревожных состояний: после перенесенного делирия или после тревожной агитации без помрачения сознания, отмечены общие признаки и наиболее значимые отличия этих вариантов переходных тревожных состояний. Отмечено возникновение делирия как правило, на фоне очагового поражения мозга, а агитированной

тревоги – у больных, страдающих первично- дегенеративным слабоумливающим заболеванием. Переход в постпсихотическое тревожное состояние совпадает или с первым эпизодом прояснения сознания, или с частичной редукцией агитации. Оценена возможность использования шкалы NPI для их дифференцированной оценки.

Ключевые слова: деменция, переходные состояния, переходная тревога, шкала NPI.

TRANSITIONAL ANXIETY STATES IN THE DEMENTED ELDERLY

O. R. Smirnov

The author explores the characteristics of post-psychotic anxiety conditions in demented elderly people. The author distinguishes two transitional anxiety states: following delirium or following anxious agitation without clouded consciousness, and describes common features as well as most significant differences between these two variants. Delirium seems to develop in patients in combination with focal brain impairment while agitated anxiety is more common in patients with

primary neurodegenerative disease causing dementia. Transition into post-psychotic anxious condition coincides with the first episode of clarity of mind or with partial reduction of agitation. The author considers the possibility of using the NPI scale for differential assessment of these conditions.

Key words: dementia, transitional states, transition anxiety, the NPI scale.

Смирнов Олег Рудольфович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела психической патологии позднего возраста ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: oleg_rud_s@mail.ru