

УДК 616.891.6 - 053.89

*С.А. Украинский***ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Луганский государственный медицинский университет

Ключевые слова: тревога, психотравма, пожилой возраст

Одна из основных проблем современной медицины – невротические состояния, что, прежде всего, обусловлено ростом их распространенности и экономическим бременем. По данным ВОЗ, за последние 65 лет количество случаев неврозов выросло в 24 раза, тогда как тяжелых психических заболеваний – всего в 1,6 раза [2,3,4,6,7]. Традиционная отечественная систематика к группе невротических расстройств также относит и тревожные расстройства, которые, согласно с широко распространенной на современном уровне знаний синдромальной классификации МКБ-10, разделяются на тревожно-фобические расстройства, так называемые другие тревожные расстройства, куда входит паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, а также смешанное тревожное и депрессивное расстройство, обсессивно-компульсивные расстройства, реакции на стресс и расстройства адаптации, куда входит посттравматическое стрессовое расстройство [10].

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) – это психическое заболевание, возникающее в молодом возрасте, имеющее волнообразное течение, обостряясь после стрессов и может сохраняться на протяжении всей жизни, спонтанные ремиссии при котором достаточно редки [12,13,14]. В первичном звене медицинской помощи ГТР является самым частым из тревожных расстройств [11]. По данным ряда исследований, распространенность ГТР в течение

жизни в общей популяции составляет 6,5% (по критериям МКБ-10), в общемедицинской практике – 5–10% [14,16,17] и даже 15% [18]. ГТР входит в первую десятку заболеваний с наибольшей временной нетрудоспособностью и по этому показателю стоит на одном уровне с ИБС, диабетом, болезнями суставов, язвенной болезнью, а из психических расстройств – с депрессией или даже опережает ее [11,14,15].

Особое место занимает проблема тревожных расстройств у лиц пожилого возраста в связи с тенденцией в последние годы к росту доли этих лиц в структуре народонаселения большинства стран мира, в том числе и нашей страны, среди которых, согласно данным эпидемиологических исследований, достаточно распространены психические расстройства непсихотического уровня [1]. Распространенность генерализованного тревожного расстройства среди лиц пожилого возраста составляет 4%, а частота с которой это расстройство встречается у женщин этого возраста не только не уменьшается, но и увеличивается [8,9]. Несмотря на это, в доступной литературе нет данных систематического исследования генерализованного тревожного расстройства у лиц пожилого возраста.

Целью настоящего исследования было изучение социально-эпидемиологических и психопатологических особенностей генерализованного тревожного расстройства у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы

Всего обследовали 89 пациентов с генерализованным тревожным расстройством, которые находились на амбулаторном и стационарном лечении в Луганской областной клинической психоневрологической больнице. Общая группа пациентов с ГТР, из которых мужчин было 28 (31,5%), женщин 61 (68,5%), была разделена по возрастному признаку на две группы – основную и группу сравнения. Основную группу составили 43

пациента пожилого возраста от 65 до 75 лет (из них женщин - 31, мужчин - 12 человек), страдающих ГТР. В группу сравнения вошли 46 пациентов с ГТР - лица молодого возраста от 22 до 65 лет (из них женщин - 30, мужчин - 16 человек). Средний возраст начала тревожного расстройства в обеих группах был примерно одинаковым ($28,3 \pm 5,5$ и $28,5 \pm 6,1$ лет соответственно).

Критерии включения: возраст от 65 до 75 лет,

наличие генерализованного тревожного расстройства диагностированного в соответствии с критериями рубрики «Невротические расстройства» (F4) «Международной классификации болезней десятого пересмотра» [5].

Из обследования исключались пациенты с эндогенными психическими заболеваниями, тяжелыми текущими органическими заболеваниями ЦНС, болезнями зависимости, острыми и тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями, интеллектуально-мнестической недостаточностью.

Всем испытуемым проводилось клинико-психопатологическое и психометрическое исследование. Клинико-психопатологическое исследование включало в себя сбор анамнеза, в том числе уточнение факторов, влияющих на течение

генерализованного тревожного расстройства, его формирование и дальнейшее развитие, а также традиционное описание психического статуса. Психометрическое исследование состояло в определении уровня тревожности с помощью шкалы Гамильтона (HAM-A), согласно которой были проанализированы психические и соматические симптомы тревоги. Для исключения пациентов с интеллектуально-мнестическим снижением проводилась оценка с помощью шкалы MMSE (Mini-Mental State Examination), у всех пациентов счет был ≥ 28 баллов. Для оценки качества жизни пациентов с генерализованным тревожным расстройством применялся опросник SF-36. Математическую обработку результатов проводили с помощью статистического пакета SPSS v.13 и пакета MS Excel.

Результаты и обсуждение

Нами были изучены психотравмирующие факторы, влияющие на возникновение и последующую динамику генерализованного тревожного расстройства. Анализируя актуальные психогении в дебюте ГТР, было выявлено, что ведущим вне зависимости

от обследуемой группы были межличностный конфликт ($32,7 \pm 2,3$ и $28,4 \pm 2,4$ соответственно), проблемы на работе ($20,9 \pm 2,1$ и $23,9 \pm 2,2$ соответственно) и неустойчивое материальное положение ($18,6 \pm 2,05$ и $19,7 \pm 2,1$ соответственно) (Табл. 1).

Таблица 1

Характеристика психотравмирующих событий у исследуемых больных в дебюте заболевания

Характер психотравмирующих переживаний	Основная группа, n=43		Группа сравнения, n=46	
	Абсол. число	% \pm m	Абсол. число	% \pm m
Смерть близких	3	7,0 \pm 1,8	2	4,3 \pm 1,2
Заболевание близких	2	4,6 \pm 1,2	4	8,6 \pm 1,9
Собственное заболевание	2	4,6 \pm 1,1	2	4,3 \pm 1,1
Беременность, роды, выкидыш	3	7,0 \pm 1,8	3	6,5 \pm 1,8
Конфликты в семье	14	32,7 \pm 2,3	13	28,4 \pm 2,4
Проблемы на работе, потеря работы	9	20,9 \pm 2,1	11	23,9 \pm 2,3
Потеря работы супругом	2	4,6 \pm 1,3	2	4,3 \pm 1,1
Неустойчивость материального положения	8	18,6 \pm 2,1	9	19,7 \pm 2,2

Со временем, в процессе течения заболевания степень значимости психотравмирующих факторов меняется и наиболее значимыми у пациентов пожилого возраста становятся - смерть или болезнь близких родственников ($37,2 \pm 2,2$), острое начало или ухудшение соматического

заболевания самих пациентов ($28,0 \pm 2,5$), интерперсональные отношения в семье с ощущением социального отторжения, чувством одиночества среди близких ($20,9 \pm 2,2$), в то время как у пациентов в группе сравнения структура психогений сохраняется прежней (Табл. 2).

Характеристика психотравмирующих событий у исследуемых больных в процессе течения заболевания

Характер психотравмирующих переживаний	Основная группа, n=43		Группа сравнения, n=46	
	Абсол. число	%±m	Абсол. число	%±m
Смерть близких	7	16,3±2,2	2	4,3±1,1
Заболевание близких	9	20,9±2,2	2	4,3±1,2
Собственное заболевание	12	28,0±2,5	3	6,5±1,8
Беременность, роды, выкидыш	0	0	3	6,5±1,7
Конфликты в семье	9	20,9±2,2	13	28,4±2,5
Проблемы на работе, потеря работы	0	0	12	26,1±2,2
Потеря работы супругом	2	4,6±1,1	3	6,5±1,8
Неустойчивость материального положения	4	9,3±1,8	8	17,4±1,9

Проведенная оценка уровня тревожности с помощью шкалы Гамильтона (НАМ-А) у пациентов в обеих группах не выявила достоверных различий в степени выраженности общей тревоги (34,5±3,1 балла в группе пожилых пациентов и 29,73±2,23 балла в группе молодых пациентов, $p>0,05$). Однако следует отметить, что среди пациентов основной группы в клинической картине ведущее положение занимают симптомы соматической тревоги и уровень соматической тревоги у пожилых пациентов (19,92±1,05 балла)

достоверно превышает таковой у молодых пациентов (15,81±1,03 балла, $p<0,05$). Анализируя составляющие психического компонента тревоги для обеих групп пациентов, согласно данных шкалы тревоги Гамильтона, обращает внимание более высокие показатели по пункту интеллектуальных нарушений у пациентов пожилого возраста, страдающих генерализованным тревожным расстройством (2,05±0,42 балла), в сравнении с пациентами молодого возраста (1,47±0,18 балла, $p<0,05$) (Табл. 3).

Таблица 3

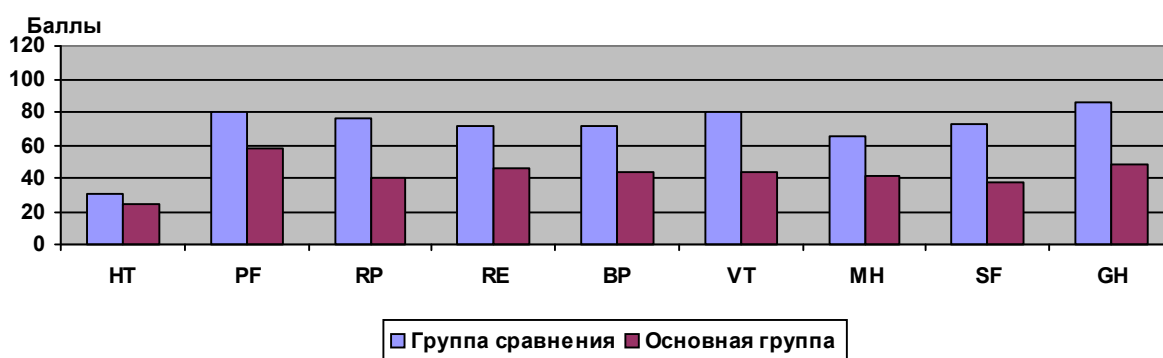
Результаты исследования по шкале НАМ-А в сравниваемых группах

Пункты	Группы		Оценка значимости различий, p
	Основная группа, (n=43)	Группа сравнения, (n=46)	
Тревожное настроение	2,73±0,15	2,97±0,17	>0,05
Напряжение	1,90±0,16	1,98±0,14	>0,05
Страх	1,95±0,27	1,95±0,20	>0,05
Бессонница	2,94±0,15	2,90±0,16	>0,05
Снижение интеллектуальной продуктивности	2,05±0,42	1,47±0,18	<0,05
Депрессивное настроение	0,87±0,15	0,94±0,15	>0,05
Соматические симптомы (мышечные)	2,51±0,17	1,73±0,16	<0,05
Соматические симптомы (сенсорные)	3,10±0,20	2,19±0,20	<0,05
Кардиоваскулярные симптомы	2,71±0,17	1,82±0,17	<0,05
Респираторные симптомы	3,13±0,15	2,77±0,17	>0,05
Гастроинтестинальные симптомы	2,61±0,09	2,08±0,17	<0,05
Урогенитальные симптомы	2,71±0,11	2,41±0,17	<0,05
Нейровегетативные симптомы	2,90±0,16	2,78±0,16	>0,05
Поведение при беседе	2,77±0,14	2,98±0,18	>0,05
Психическая тревога	14,81±1,82	15,4±1,23	>0,05
Соматическая тревога	19,92±1,05	15,81±1,03	<0,05
Общая тревога	34,5±3,1	30,95±2,26	>0,05

Анализируя динамику заболевания в обеих группах, следует отметить, что наблюдалось волнообразное течение генерализованного тревожного расстройства, которое имело особенности в каждой из исследуемых групп. Так в группе пожилых пациентов, более длительно страдающих ГТР, наблюдаются более длительные декомпенсации тревожных симптомов - 112 ± 28 дней с более короткими периодами редукции симптомов тревоги - 55 ± 13 дней. В то время как среди пациентов, страдающих генерализованным тревожным расстройством в более молодом возрасте, длительность декомпенсаций была до 74 ± 13 дня, а периоды во время которых тревога либо отсутствовала полностью, либо имела «субклинический» характер, более длительны - 116 ± 23 дня ($p < 0,05$).

Оценивая качество жизни больных страдаю-

щих генерализованным тревожным расстройством, было выявлено, что у пациентов основной группы оно было достоверно ниже по сравнению с пациентами первой группы, особенно по параметрам ограничивающего влияния физического состояния (RP) – 76 баллов в группе молодых пациентов и 40 баллов в группе пожилых пациентов; болевого синдрома на ролевое функционирование (BP) – 72 балла в группе молодых пациентов и 44 балла в группе пожилых пациентов с ГТР ($p < 0,05$). Достоверно ниже была и удовлетворенность уровнем социального функционирования (SF), в том числе общения, что вероятно можно объяснить изменением социального статуса пациентов в этом возрасте (73 балла в группе сравнения и 38 баллов в основной группе, $p < 0,05$) (рис. 1).



HT – оценка своего состояния в динамике за последние 6 месяцев; PF – способность к физическим нагрузкам; RP – влияние физического состояния на ролевое функционирование; RE – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; BP – ограничивающее влияние на функционирование болевого синдрома; VT – физическая активность, энергичность; MH – психическое здоровье в целом; SF – социальное функционирование; GH – общее состояние здоровья.

Рис. 1. Качество жизни пациентов с ГТР в пожилом возрасте в сравнении с группой больных ГТР молодого возраста по SF-36.

Выводы.

1. Особенности течения генерализованного тревожного расстройства в пожилом возрасте заключаются в качественном изменении психотравмирующих факторов, влияющих на динамику заболевания, ведущее место среди которых начинают занимать смерть или болезнь близких родственников, острое начало или ухудшение соматического заболевания самих пациентов, интeрперсональные отношения в семье с ощущением социального отторжения, чувством одиночества среди близких.

2. У лиц, страдающих генерализованным тревожным расстройством в пожилом возрасте, из-

меняется соотношение компонентов тревоги в виде преобладания соматического компонента тревоги над психическим.

3. Течение генерализованного тревожного расстройства у пациентов в пожилом возрасте характеризуется более длительными декомпенсациями тревожных симптомов с более короткими периодами редукции симптомов тревоги в сравнении с пациентами, страдающими генерализованным тревожным расстройством в молодом возрасте, у которых длительность декомпенсаций была короче, а периоды во время которых тревога либо отсутствовала полностью, либо имела «субклинический» характер, более длительны.

ОСОБЛИВОСТІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ В ПОХИЛОМУ ВІЦІ

Луганський державний медичний університет

Було обстежено 89 пацієнтів з генералізованим тривожним розладом (ГТР), які були розділені на дві групи: 46 пацієнтів молодого віку (до 65 років) і 43 пацієнта похилого віку (старше 65 років). Встановлено, що існують особливості плину генералізованого тривожного розладу в похилому віці у вигляді якісної зміни психотравмуючих факторів, що впливають на динаміку захворювання, коли на перше місце в цих пацієнтів по ступеню значимості виходять смерть або хвороба близьких родичів, друге - гострий початок або погіршення соматичного захворювання самих пацієнтів, третє - інтерперсональні відносини в родині. Також відмічаються особливості клінічної картини у пацієнтів похилого віку страждаючих генералізованим тривожним розладом у вигляді переваги в психічному статусі соматичного компонента тривоги. Плин генералізованого тривожного розладу в пацієнтів у похилому віці характеризується більш тривалими декомпенсаціями тривожних симптомів з більш короткими періодами редукції симптомів тривоги. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 79-83).

S.O. Ukrayinsky

PECULIARITIES OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER IN ELDERLY AGE

Lugansk State Medical University

There were observed 89 patients with generalized anxiety disorder (GAD) that were divided in two groups: 46 patients of young age (up to 65 years) and 43 patients of elderly age (older than 65 years). It was found out that there are peculiarities of course of generalized anxiety disorder in elderly patients in kind of quality changes of stress-related factors that have influence on the dynamics of disorder. Among them the death or disease of relatives and close people take first place, acute beginning and deterioration of patient's somatic condition take second place, interpersonal relations in family – third place. Also there are peculiarities of clinical features in elderly patients with generalized anxiety disorder in kind of predominance of somatic components of anxiety in psychic state. The generalized anxiety disorder at patients in the elderly is characterized by longer decompensation anxiety symptoms with shorter periods of a reduction of symptoms of anxiety. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 79-83).

Литература

1. Акжигитов Р.Г. Возрастные, клинические и терапевтические аспекты тревоги в общемедицинской практике // Лечащий врач. — 2001. — №2. — С.31-35
2. Андрух П. Г. Этиология, нейрохимия и клиника современных форм тревожно-депрессивных расстройств // Медицинские исследования. 2001. Т. 1, вып. 1. С. 109–110.
3. Бурчинский С.Г. Комбіновані засоби фармакотерапії невротичних і неврозоподібних розладів. //Український медичний часопис. — 2003. — №6(38) - XI/XII. — С.45-48.
4. Волошин П. В. Перспективи та шляхи розвитку неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги в Україні // Український вісник психоневрології. 1995. Т. 3, вип. 2. С. 5–7.
5. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Перевод на русский язык под ред. Нуллера Ю.Л., Циркина С.Ю. — К.: Факт. — 1989. — 272с.
6. Марута Н. А. Невротическая болезнь // Международный медицинский журнал. 1997. Т. 3, № 3. С. 16–19.
7. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Чугунов В. В. Актуальные проблемы нейронаук в Украине // Вісник психічного здоров'я. 1999. № 4. С. 5–6.
8. Михайлова Н.М., Сиряченко Т.М. Тревожное расстройство в позднем возрасте // Рос. мед. журн. — 2006. — №29. — С.14-16
9. Семке В.Я., Цыганков Б.Д., Одарченко С.С. Основы пограничной геронтопсихиатрии. —М.:Медицина. — 2006. — С. 240–248, 382–384.
10. Смулевич А.Б. Пограничные психические нарушения // Руководство по психиатрии/под ред. Тиганова А.С., - М.:Медицина, 1999. — т.2. — С.527-607.
11. Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике // Рос. мед. журн. — 2004. — Т.12, №22. — С. 2-7.
12. Jessker R.C., McGonagle K.A., Zhao S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey // Arch. Gen. Psychiatry. 1992. 51. 8-19, 10
13. Keller MB. The long-term clinical course of generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry 2002; 63 (suppl. 8): 11–16.
14. Kessler RS, Wittchen HU. Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples. J Clin Psychiatry 2002; 63 (suppl.8): 4–10.
15. Kessler RC, DuPont RI, Berlund P. et al. Impairment in pure and generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. Am J Psychiatry 1999;156:1915–1923;
16. Sartorius N, Ustlin TB, Lecrubier Y, et al. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. Br J Psychiatry 1996; 168 (suppl. 30): 38–43;
17. Spitzer RI, Williams JB, Kroencke K. et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary practice: the PRIME-MD 1000 study. JAMA 1994;272:1749–1756
18. Rouillon F, Thalassinos M, Ferreri M, et al. Clinical and epidemiologic study of «generalized anxiety» in general practice. Encephale. 1994 Mar-Apr;20(2):103–10.

Поступила в редакцию 11.03.2009