

ТРЕВОЖНЫЕ И ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИЕ НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Ю.И. Полищук, З.В. Летникова

Московский НИИ психиатрии Росздрава

Ключевые слова: невротические расстройства, поздний возраст, тревога, фобия

Key words: neurotic disorder, aged, anxiety, phobia

Тревожные расстройства являются одними из самых распространенных психических нарушений [1,2,15,33]. В позднем возрасте частота тревожных и тревожно-фобических расстройств возрастает. Это связано в первую очередь с прогрессирующим снижением адаптационных возможностей стареющего организма и стареющей личности пожилых и старых людей в их взаимодействии с физической и социальной средой обитания. Оценивая общие изменения личности в старости, ряд авторов отмечает нарастание черт тревожности, боязливости, неуверенности в себе [3,29,37,56]. Во-вторых, возникновению тревожных расстройств способствуют существенная ломка динамического физиологического и психологического стереотипа у многих людей после выхода на пенсию с прекращением трудовой деятельности. В-третьих, тревожность в пожилом возрасте связана с переживаниями неопределенности своего будущего в условиях дальнейшего старения, физического одряхления и роста стрессогенности жизненных событий в современных условиях [49,50,62]. В-четвертых, тревога в позднем возрасте обуславливается полиморбидностью, способствующей тревожно-ипохондрическим реакциям и ипохондрическим фобиям [38,52].

В основе невротических тревожных и тревожно-фобических расстройств в позднем возрасте часто лежит нарушение значимых отношений с другими людьми из ближайшего микросоциального окружения в связи с изменением статуса пожилого неработающего человека в семье [37]. Еще одной значимой причиной и предпосылкой тревожных расстройств является не-

удовлетворение или неполное удовлетворение основных социальных и духовных потребностей личности, которые обычно актуализируются в позднем возрасте. Повышенная тревожность и тревожные расстройства – переживания неуверенности в себе, эмоциональная напряженность могут формироваться в позднем возрасте вследствие неадекватных, дисфункциональных, консервативных представлений и убеждений, негативной Я-концепции, понижения самооценки пожилого человека [50]. Чрезмерная тревожность еще больше снижает адаптационные возможности личности человека, способствует искажению восприятия и интерпретации жизненных событий. Повышенная тревожность снижает социальную приспособляемость, создавая тем самым предпосылки для развития других невротических расстройств, невротической фиксации на болезненных симптомах.

По данным эпидемиологических исследований, тревожно-фобические расстройства среди поликлинического контингента больных, в котором преобладают пациенты позднего возраста, составляют до 12% [40]. Среди 212 лиц позднего возраста, посещавших муниципальный центр социальной помощи в течение 2 лет, жалобы на «необоснованное» чувство тревоги предъявляли 12,8% из них [22]. По другим данным, при обследовании 300 лиц позднего возраста, посещавших аналогичный центр социального обслуживания, жалобы на постоянную и часто возникающую тревогу предъявляли 17,6%, а на повышенную тревожную мнительность – 29,3% этих лиц [30]. Существует мнение, что тревожность – это общая характерная черта и

основание всех невротических расстройств позднего возраста [37].

Актуальность и необходимость более широкого и углубленного изучения тревожных и тревожно-фобических расстройств в позднем возрасте определяются резкими социально-экономическими и культурными переменами в российском обществе за последние 15 лет, которые отразились на состоянии психического здоровья пожилых людей. Значительный рост числа социально-стрессовых расстройств, прежде всего в форме расстройств адаптации с тревожными и тревожно-депрессивными и тревожно-фобическими проявлениями у пожилых и старых людей, связан с быстрой сменой социально-экономических и духовных основ общества.

Многие пожилые и старые люди не сумели адаптироваться к бурным и драматическим переменам в стране [4,13,19,21,31,32,37]. К росту тревожных расстройств у них привело, помимо материальных трудностей, разрушение высших личностных смыслов и целей, утрата духовных ориентиров, ценностных ориентаций. Они болезненно восприняли распад привычных, глубоко усвоенных социальных связей и отношений, которые на протяжении всей их жизни были высоко значимы, прочно вошли в их мировоззрение [13,31]. Эти процессы способствовали развитию социально-психологической дезадаптации и расстройству адаптации клинического уровня. На возможность перехода экзистенциальной тревоги в патологическую, их взаимное переплетение указывали зарубежные авторы [45,48,54], отмечая, что тревога, в том числе патологическая (невротическая), входит составной частью и сопровождает такие моральные чувства и переживания, как чувство долга, ответственности, вины, ущемление или оскорбление личного достоинства. В частности, повышенное чувство ответственности за благополучие близких после изменения социального статуса главы семьи с выходом на пенсию нередко приводит к появлению тревоги с навязчивыми мыслями и опасениями относительно семейного благополучия [5,8]. Необходимо иметь в виду, что морально-этические ценности пожилых и старых людей, приобретенные в течение всей их жизни, имеют для них непреходящее и устойчивое значение [44].

Обращает на себя внимание тот факт, что тревожные расстройства позднего возраста в МКБ-10 не выделяются, тогда как тревожные расстройства детского возраста отражены в не-

скольких рубриках [26]. В то же время имеются данные о том, что в позднем возрасте клинико-психопатологические проявления тревожных и тревожно-фобических расстройств претерпевают структурные изменения в результате влияния позднего возраста, соматической и цереброваскулярной патологии, свойственной этому возрасту. По данным И.И. Сергеева, обсессивно-фобические расстройства в пресенильном периоде чаще развиваются на фоне патологического климакса, цереброваскулярной недостаточности, хронических соматических заболеваний. Невротические страхи и опасения обычно носят характер нозофобий с ипохондрической тематикой в форме инфаркто-, канцеро-, инсультфобий. Критическое отношение к ним снижено или отсутствует. Они не обнаруживают характерную для молодого возраста тенденцию к усложнению и в большинстве случаев проявляются на фоне тревожной субдепрессии с выраженными вегетативными нарушениями [38]. В целом обсессивно-фобические расстройства в пожилом возрасте отличаются от таковых в молодом и зрелом возрасте своей ипохондрической насыщенностью, парциальностью, стереотипностью и меньшей глубиной. Невротические страхи в старческом возрасте еще более однообразны, фрагментарны. Чаще, чем в пресенильном возрасте, возникает геронто-, танатофобия, боязнь одиночества. При нарастании цереброваскулярных расстройств обсессивно-фобические и тревожно-фобические расстройства ослабевают, преобладает пассивное отношение пациентов к ним. Тревожно-дистимический аффект сменяется преимущественно апатическим. По данным зарубежных авторов, панические, обсессивно-компульсивные расстройства и агорафобия в позднем возрасте встречаются гораздо реже, чем в молодом [60].

Поскольку в позднем возрасте широко распространены цереброваскулярные нарушения и отмечается их дальнейший рост [21,27,39,52], следует рассмотреть особенности тревожных расстройств при этой патологии. По данным ряда авторов, при развитии сосудистого заболевания головного мозга в инволюционном периоде усиливаются черты тревожной мнительности и склонность к тревожным опасениям и ожиданиям, в частности, ипохондрического характера [15,27,53,55]. Под влиянием различных соматических нарушений у больных часто возникают тревожно-депрессивные и тревожно-ипохондрические реакции и изолированные фобии (кар-

дио-, инсульто-, канцерофобии). У больных с инфарктом миокарда часто отмечаются тревожно-депрессивные и тревожно-ипохондрические нозогенные реакции [20,39,41,47]. Установлена достоверная связь гипернозогностических тревожных и тревожно-ипохондрических реакций, приступов витального страха по типу панических атак с приступами стенокардии и сердечной аритмии [10,41,47].

В развитии широко распространенной в позднем возрасте гипертонической болезни значительную роль играют пролонгированные тревожные и тревожно-фобические расстройства [39]. При гипертонической болезни формируется замкнутый порочный круг между затяжным эмоциональным напряжением, тревогой и прогрессированием артериальной гипертензии, что способствует ее хронификации [39,42]. Длительное эмоциональное напряжение в виде тревоги способствует развитию атеросклероза за счет повышения проницаемости артериальных сосудов и накопления в них липидов и холестерина [51]. Часто повторяющиеся и затяжные тревожно-фобические расстройства являются значимым фактором развития и прогрессирования ишемической болезни сердца [14]. Тревожные расстройства повышают вероятность фатального инфаркта миокарда почти в 2 раза и внезапной смерти более чем в 4 раза [59], что свидетельствует о тесной связи тревожных расстройств с сердечно-сосудистыми заболеваниями в позднем возрасте — ведущей причиной смертности. Следовательно, мероприятия по профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний, прежде всего артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, должны включать предупреждение и лечение тревожных и тревожно-фобических расстройств с явлениями соматической тревоги. Роль затяжных тревожных состояний в возникновении и развитии гипертонической болезни и ишемической болезни сердца в позднем возрасте считается доказанной [43].

К развитию тревожных и тревожно-фобических расстройств в позднем возрасте, в частности, генерализованного тревожного расстройства с неоправданным беспокойством по самым различным поводам и тенденцией приписывать угрожающее значение объективно нейтральным ситуациям, предрасполагают конституциональные тревожные, тревожно-мнительные и сензитивные черты личности, которые заостряются в инволюционном периоде [12,23,37]. П.Б. Ганнушкин отмечал у конституционально депрессивных

личностей наличие в инволюционном периоде состояний тревожного ожидания несчастья и склонности к тревожному реагированию на многие события [12]. На усиление черт тревожности и тревожной мнительности с ипохондрической направленностью в периоде инволюции указывали и другие авторы [17,35,37,38,46].

Тревога и страх в связи с прогрессирующей старостью и приближающимся окончанием жизни — частое переживание старых людей, которое может принимать патологические формы (геронто-, танатофобия). Н.А. Бердяев отмечал, что многие люди испытывают ужас перед смертью и усматривают в ней предельное зло [7]. Паническая боязнь старости, как «живой могилы», как состояния беспомощности и обреченности, доходящего до суицидальных переживаний, наиболее часто формируется у акцентуированных и психопатических личностей истерического и эмоционально-неустойчивого склада [36,37].

Считается, что старость несет в себе экзистенциальную составляющую с тревогой смерти, переживанием утраты смысла жизни вследствие социальной изоляции, изменением социального статуса, прогрессирующим ухудшением физического здоровья. Все это приводит стареющего человека к необходимости приспособления к новым условиям жизни ценой большого напряжения адаптационных ресурсов личности [16]. В результате создаются предпосылки для невротических расстройств в форме расстройств адаптации с тревожными и тревожно-депрессивными проявлениями [8,52]. При анализе психогенных факторов, способствующих развитию невротических нарушений в позднем возрасте, фактор страха перед старостью и болезнями старости составил 39,5% [8]. По данным зарубежных авторов, стержневым расстройством при многих невротических состояниях в позднем возрасте является страх перед наступлением физической и психической несостоятельности и немощности [57,58]. По мнению других авторов, психиатры и психологи на самом деле мало знают о переживаниях старых людей в связи с физическим одряхлением и приближением смерти и частоте этих переживаний [58,61], возможно и позитивное, спокойное отношение старых людей к предстоящей смерти и даже рациональная подготовка к ней. При опросе большой группы людей преклонного возраста только 10% из них ответили положительно на вопрос «Бойтесь ли Вы умереть?» [34].

Изучение клинико-психопатологических особенностей распространенной в позднем возрасте патологической реакции горя после смерти близкого человека (супруга, супруги, детей) показало частое наличие в их структуре наряду с депрессивными тревожными расстройствами [6]. При патологической реакции горя меньшей выраженности они проявляются в форме пролонгированной тревожно-депрессивной реакции в рамках расстройств адаптации. Тяжелые тревожные расстройства выражаются затяжными психогенными тревожно-меланхолическими депрессиями. Тревога при этом преимущественно беспредметная, сопровождается чувством внутреннего напряжения, ощущением внутренней дрожи, двигательным беспокойством. Динамика этих состояний характеризуется тремя последовательными этапами: непрерывно-стабильным (4–5 мес), непрерывно-волнообразным (16–17 мес) и периодическим тревожно-депрессивным расстройством такой же продолжительности со светлыми промежутками между ними. От этапа к этапу выраженность тревожных расстройств ослабевает. Они усиливаются при наплывах воспоминаний об умершем и во время тревожных опасений по поводу неопределенности своей дальнейшей жизни. Наряду с практическим выздоровлением наблюдается переход патологической реакции горя с тревожно-депрессивным расстройством в посттравматическое стрессовое расстройство. Тревожный тип хронического посттравматического стрессового расстройства, связанного с утратой близкого человека, характеризуется высоким уровнем соматической и психической немотивированной тревоги на фоне гипотимии с наличием навязчивых воспоминаний и представлений, отражающих тяжелую психическую травму, наряду с тревожными опасениями за здоровье и благополучие членов семьи [11].

Тревожные и тревожно-фобические расстройства нередко возникают и длительно удерживаются в состоянии одиночества в позднем возрасте после смерти супруга или супруги. Переживания одиночества, покинутости, ненужности, потери смысла и цели жизни в условиях одинокого проживания сопровождаются тревогой за свою дальнейшую жизнь в связи с реальной угрозой своему материальному, моральному и бытовому благополучию, в связи с ухудшающимся физическим здоровьем [18,24]. Тревожные расстройства в состоянии одиночества проявляются, как правило, в форме тревожной дис-

тимии, смешанного тревожного и депрессивного расстройства затяжного течения. Наряду с немотивированной тревогой при тревожной дистимии в позднем возрасте отмечается ипохондрическая тревога, она возникает и усиливается при ухудшении соматического состояния пациентов, при появлении сенестопатий и сенестоалгии [35].

Важное место в коррекции личностной и ситуационной тревоги у пожилых и старых людей принадлежит методам психосоциальной терапии, психологическим и социально-психологическим тренингам. При квалифицированном проведении они обеспечивают возможность изменения ранее сформированного неадаптивного стереотипа мышления и поведения, смену внутренней установки личности, приобретение опыта позитивного отношения к себе и окружающим. Получены убедительные данные о высокой эффективности когнитивно-поведенческой терапии тревожных и тревожно-фобических расстройств [49]. Применяются и другие методы их терапии: контроль дыхания, тренинг уверенности в себе, терапия «погружением» [25]. Широко используются различные методики психофизической релаксации, включая групповую и индивидуальную аутогенную тренировку. М.М. Тульчинским разработана система психологической помощи в форме социального клуба для пожилых лиц, в результате которой снижался уровень тревожности и повышалась самооценка [46]. При медикаментозном лечении тревожных и тревожно-фобических расстройств в позднем возрасте предпочтение отдают небензодиазепиновым анксиолитикам: атараксу [28], афобазолу [1,2,9], которые не угнетают когнитивные функции и не вызывают привыкания. Предпочтение отдается также антидепрессантам из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, которые в соответствии с принципами доказательной медицины рассматриваются как стандарт при лечении тревожно-фобических расстройств [1,2]. В частности, пароксетин (рексетин) высоко эффективен при всем спектре тревожно-фобических расстройств. Флувоксамин и флуоксетин эффективны при обсессивно-компульсивных расстройствах, сертралин – при панических расстройствах, агорафобии и посттравматическом стрессовом расстройстве [2].

Дальнейшее изучение всех аспектов тревожных и тревожно-фобических расстройств в позднем возрасте – актуальная приоритетная задача современной геронтопсихиатрии. Ее следует

решать с позиций биопсихосоциальной концепции психических расстройств, клинической и социальной геронтопсихиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С. Психиатрия и психофармакотерапия 2006; 8 (2): 41-44.
2. Аведисова А.С. Психиатрия и психофармакотерапия 2006; 8 (5): 23-28.
3. Авербух Е.С., Телешевская М.Э. Неврозы и неврозоподобные состояния в позднем возрасте. Л.; 1976.
4. Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. Ростов-на-Дону; 1996.
5. Антохин Е.Ю. Психиатрия и психофармакотерапия 2005; 7 (2): 89-91.
6. Баранская И.В. Патологические реакции горя в позднем возрасте. Дис.... канд. мед. наук. М.; 2003.
7. Бердяев Н.А. О назначении человека. М.;1998.
8. Будза В.Г., Антохин Е.Ю. Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2005. – № 1. – С. 16-19.
9. Васильева А.В., Полторац С.В., Поляков А.Ю., Соломонова С.В. Обзорение психиатрии и медицинской психологии 2006; 4: 31-33.
10. Виноградов В.Ф. Ишемическая болезнь и атеросклероз. М.; 1984. 43-46.
11. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, течение и современные подходы к психофармакотерапии). Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2004.
12. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М.; 1964.
13. Гаврилова С.И., Калын Я.Б. Психиатрия и психофармакотерапия 2002; 4 (6): 212-215.
14. Гарганеева Н.П. Сибирский вестник психиатрии и наркологии 2001 (3): 51-57.
15. Дементьева Н.Ф. Аффект тревоги в клинике психических заболеваний. Методические рекомендации. М.; 1981.
16. Ермолаева М.В. Психология старости. М.; 2004: 393-411.
17. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. М.; 1965.
18. Захарова Л.Н., Колосова В.В. Психология старости. М.; 2004. 117-119.
19. Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии. М.; 2001.
20. Июшин А.О. Особенности психогенных реакций на инфаркт миокарда у больных позднего возраста. Дис. ... канд. мед. наук. М.; 1990.
21. Калын Я.Б., Гаврилова С.И. Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы. М.; 1997. 181-189.
22. Калын Я.Б., Соколова О.Н., Кольхалов И.В., Рощина И.Ф., Жариков Г.А., Брацун А.Л., Гаврилова С.И. Социальная и клиническая психиатрия 1998; 3: 73-77.
23. Леонгард К. Акцентированные личности. Киев; 1981.
24. Летникова З.В. Психические расстройства, развивающиеся в условиях одиночества, у лиц позднего возраста. Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2004.
25. Лихи Р., Сэмпл Р. Терапия психических расстройств 2006; 2: 25-30.
26. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – Санкт-Петербург; 1994.
27. Мельник Е.М. Клиника и восстановительное лечение невротических и неврозоподобных состояний у сосудистых больных пожилого возраста. Лечение и реабилитация психических больных пожилого возраста. Ленинград; 1990. 122-129.
28. Никитин З.А. Психиатрия и психофармакотерапия 2006; 8 (2): 39-41.
29. Полищук Ю.И. Социальная и клиническая психиатрия 1994; 3: 108-115.
30. Полищук Ю.И., Голубцова Л.И., Гурвич В.Б., Колнаков А.В., Летникова З.В. Выявление психических расстройств у лиц позднего возраста, их лечение и профилактика в условиях территориального центра социального обслуживания. Пособие для врачей. М.; 1999.
31. Полищук Ю.И., Баранская И.В. Клиническая геронтология 2001; 7 (5-6): 17-21.
32. Полищук Ю.И., Летникова З.В. Психическое здоровье 2007; 5: 33-36.
33. Попов Ю.В. Психиатрия и психофармакотерапия 2002; 4 (2): 43-45.
34. Психология среднего возраста, старения, смерти. – СПб; 2003.
35. Савкуева Т.А. XIII съезд психиатров России М.; 2000. 165-166.
36. Семке В.Я. Истерические состояния. М.; 1988.
37. Семке В.Я., Цыганков Б.Д., Одарченко С.С. Основы пограничной геронтопсихиатрии. М.; 2006.
38. Сергеев И.И. Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова 1978; 11: 1681-1686.
39. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина. М. 4; 2006.
40. Смулевич А.Б., Ротштейн В.Г., Козырев В.Н., Долгов С.А. и др. Эпидемиологическая характеристика больных с тревожно-фобическими расстройствами. Тревога и обсессии. М.; 1998. 54-65.
41. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробизев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. М.; 2005.
42. Соколов Е.И. Психологический журн.1981; 2 (6): 125-134.
43. Соложенкин В.В. Механизм психической адаптации при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, неврозах. Дис. ... д-ра мед. наук. Фрунзе; 1989.
44. Страшников К.А., Тульчинский М.М. Психологическая помощь и поддержка в клубе пожилых людей. М.; 1996.
45. Тиллих П. Бытие, небытие и тревога. Тревога и тревожность. СПб; 2001. 62-78.
46. Тульчинский М.М. Особенности самооценки и уровня притязаний в позднем возрасте. Дис. ... канд. мед. наук. М.; 1996.
47. Урсова Л.Г. Психопатология при инфаркте миокарда. Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1973.
48. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.; 1990.
49. Холмогорова А.Б. Терапия психических расстройств 2006; 2: 17-24.
50. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Дис. ... д-ра психолог. наук. М.; 2006.
51. Хамуло П.С. Эмоциональное напряжение и атеросклероз. Л.; 1982.
52. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. М.; 1996.
53. Штернберг Э.Я. Руководство по психиатрии. Под ред. А.В. Снежневского. М.; 1983; 2: 95-97.
54. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М.; 1999.
55. Яценцкая Р.С. Психопатология пожилого и старческого возраста. М.; 2002.
56. Bromley D.V. The psychology of human ageing. – London, 1966.
57. De Vries B., Bluck S., Birren Y. Gerontologist. 1993; 3: 366-372.
58. Kastenbaum R.J. The Psychology of Death. 2 edition. New York; 1992.
59. Kawachi J., Sparrow D., Vokonas P.S., Weiss S.T. Circulation. – 1994; 90 (5): 2225-2229.
60. Krasucki C., Howard R., Mann A. International Journal of Geriatric Psychiatry 1998; 13 (2) 79-99.
61. Mc Kiernan Fionnuala. Bereavement and Attitudes to Death. Handbook of the Clinical Psychology of Ageing. – Chichester – New York, 1998; 159-182.
62. Smalbrugge M., Jongenelis J., Pot A., Beekman A., Eefsting J. International Journal of Geriatric Psychiatry 2005; 20 (3): 218-226.

Поступила 21.06.2008