

Шкала оценки тревожных состояний при деменциях

О. Р. Смирнов

Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского



Оригинальная
статья

Цель исследования: разработать и апробировать шкалу оценки тревожных состояний (ШОТС) при деменциях позднего возраста.

Дизайн: выборочное наблюдательное сравнительное динамическое исследование.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 236 пациентов с деменциями альцгеймеровского, васкулярного и смешанного типов, сопровождавшимися тревожными расстройствами. В эксперименте участвовали 82 мужчины и 154 женщины в возрасте от 53 до 100 лет (средний возраст — $79,26 \pm 7,49$ года). Для оценки когнитивного статуса использовали шкалу Mini-Mental State Examination, для скрининга некогнитивных расстройств — шкалу Neuropsychiatric Inventory, а тревожных расстройств — панель параметров, построенную на основе шкалы оценки тревоги Гамильтона (HAM-A), Scale for Rating Anxiety in Dementia и с учетом критериев генерализованного тревожного расстройства по Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV.

Результаты. На основе полученных данных удалось создать психометрический инструмент, помогающий количественно и качественно оценивать тревожные состояния сложной структуры, распространенные у пожилых, страдающих слабоумием и находящихся в подостром состоянии.

Заключение. ШОТС позволяет оценивать тяжесть тревожного состояния, выраженность соматических и психических симптомов тревоги, а также помогает квалифицировать тип большого тревожного синдрома, который, в свою очередь, зависит от природы основного заболевания и вида перенесенного психоза.

Ключевые слова: деменция, тревога, шкала оценки тревожных состояний.

An Assessment Scale for Anxiety Disorders in Dementia Patients

O. R. Smirnov

Moscow Psychiatric Research Institute, a branch of the V. P. Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology



Original
Paper

Study Objective: To develop and test an anxiety disorder scale (ADS) for use with elderly dementia patients.

Study Design: This was a sampling, observational, comparative, longitudinal study.

Materials and Methods: The study included 236 patients with Alzheimer-type, vascular or mixed dementia and accompanying anxiety disorders. Eighty-two men and 154 women, aged 53 to 100 (mean age 79.26 ± 7.49), took part in this experiment. Cognitive status was assessed with the Mini-Mental State Examination. Screening for non-cognitive impairment was done using the Neuropsychiatric Inventory. Screening for anxiety disorders used a panel of parameters based on the Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), Rating Anxiety in Dementia scale and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV diagnostic criteria for generalized anxiety disorder.

Study Results: The data obtained helped us to develop a psychometric tool for quantitative and qualitative assessment of complex anxiety disorders, which are commonly seen in elderly subacute dementia patients.

Conclusion: Our anxiety disorder scale assesses the severity of an anxiety disorder and the intensity of physical and mental symptoms of anxiety. It also helps in identifying the type of major anxiety syndrome, which, in turn, depends on the underlying condition and the form of any prior psychosis.

Keywords: dementia, anxiety, anxiety disorder scale.

Как известно, при деменции тревога встречается в 35–89% случаев [5]. Существующие шкалы позволяют оценивать широкий спектр типичных психических нарушений позднего возраста, но они либо не нацелены на выявление тревоги [2], либо характеризуют ее в изоляции от других связанных с ней расстройств [16, 20]. С помощью подобных шкал можно обнаружить позитивные и негативные симптомы, определить степень их дезадаптирующего влияния, но ни одна из них не позволяет оценить остроту состояния, не учитывает сложные взаимосвязи между тревожным комплексом и вторичными по отношению к нему симптомами.

Шкалы для оценки тревоги при деменциях (Scale for Rating Anxiety in Dementia (RAID) [21], Anxiety in Cognitive Impairment and Dementia [18]) избыточно чувствительны, отличаются недостаточной конструктивной валидностью и лишь приблизительно оценивают тяжесть тревоги.

Анализ данных, полученных нами в результате многолетнего наблюдательного исследования тревожных состояний, позволил выявить их особенности и некоторые общие закономерности. В частности, описаны наиболее характерные соматические и психические симптомы тревоги

[11, 12], уточнена структура постпсихотических тревожных состояний [8]. Изучены взаимосвязи между отдельными симптомами, природой предшествующего им психоза и характером основного заболевания.

Установлено, что тревожные состояния у дементных больных отличаются нестабильностью и «мозаичным» набором клинических проявлений [7]. Во многом это обусловлено тем, что такого рода синдромы являются результатом трансформации психотической тревоги [8, 13] и включают признаки этапного и сквозного расстройств [7]. Постепенно нами были уточнены правила оценки тревожных состояний, что позволило разработать новую шкалу. Ниже описаны этапы ее создания, теоретические положения и практические находки, использованные при этом, алгоритм и принципы оценки тревожного состояния, а также приведены результаты пробного применения нового инструмента.

Цель исследования: разработать и апробировать шкалу оценки тревожных состояний (ШОТС) при деменциях позднего возраста.

Задачи:

1) уточнить круг диагностически значимых параметров психического статуса, подлежащих оценке;

- 2) сгруппировать симптомы тревожного состояния в соответствии с алгоритмом клинического обследования больного;
- 3) разработать дизайн шкалы и алгоритм расчета клинической значимости каждого симптома;
- 4) путем пробного тестирования оценить диагностические возможности шкалы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках многолетнего обсервационного исследования (с 2009 по 2016 гг.) нами изучены 236 случаев острых, подострых и хронических тревожных состояний. В эксперименте участвовали 82 мужчины и 154 женщины в возрасте от 53 до 100 лет (средний возраст — 79,26 ± 7,49 года); 110 человек наблюдали в стационарных и 126 — в амбулаторных условиях. Длительность динамического наблюдения колебалась от нескольких дней до 2–3 лет, в большинстве случаев составляла около 2 месяцев. У 108 (45,8%) человек была начальная форма деменции, в 100 случаях (42,4%) — умеренная и у 28 (11,8%) пациентов — глубокая. Болезнь Альцгеймера (БА) с поздним и ранним началом выявлена в 152 (64,4%) случаях, васкулярная деменция (ВД) — в 47 (19,9%) и смешанная деменция (СД) — в 37 (15,7%).

Для оценки когнитивного статуса использовали шкалу Mini-Mental State Examination [17], для скрининга некогнитивных расстройств — шкалу Neuropsychiatric Inventory [16], а тревожных расстройств — панель параметров, построенную на основе шкалы оценки тревоги Гамильтона (HAM-A) [19], RAID [21] и с учетом диагностических критериев генерализованного тревожного расстройства (ГТР) по Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV).

Правила сбора данных и принципы скрининга тревожных симптомов соответствовали полученным и проверенным в предыдущих исследованиях [6, 9–11]. В частности, применяли максимально возможное число источников информации (медицинскую документацию, сведения, полученные от персонала, лечащего врача, врачей-специалистов и консультантов, данные осмотра и опроса больного). Наличие и выраженность симптома оценивали по принципу «как он есть» за исключением случаев с достоверно установленной какой-либо иной причиной, способной вызвать тревогу. Для повышения точности измерений временной интервал ретроспективной оценки был сокращен до 7 дней.

В рамках описательной статистики различия между группами по частоте симптомов проверяли с помощью таблиц сопряженности (критерий χ^2 Пирсона и точный критерий Фишера), а для сравнения средних применяли t-критерий для независимых выборок.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клинический анализ, проведенный в рамках работ 2009–2012 гг., позволил выявить 12 симптомов тревоги, наиболее характерных для этой категории больных (табл. 1).

На втором этапе работы, заключавшемся в исследовании структуры постпсихотических состояний, указанный выше перечень был дополнен симптомами, тесно связанными с тревогой или характерными для переходных состояний. Так, в шкалу были введены «вторичные» (по отношению к тревоге) и «первичные» (обусловленные основным или сопутствующим болезненным процессом) гипотимия и апатия. Пересмотрена диагностическая значимость и интерпретация многих симптомов. В частности, резидуальный бред, астению, эйфорию и дисфорию чаще обнаруживали у перенесших экзогенно-органический психоз, а возвратную ажитацию, неконгруэнтное благодушие и маломасштабный динамический бред отмечали при сенильно-атрофическом слабоумии (феномены описаны в более ранних работах) [7, 8, 13].

Окончательный вариант шкалы оценки тревожных состояний

Постепенно в процессе практического применения рабочего варианта ШОТС установлен наиболее удобный порядок тестирования, соответствующий естественному ходу осмотра и опроса. В первую очередь учитывали результаты предварительного наблюдения, давали клиническую оценку внешнего вида и поведения больного, что помогало лучше организовать предстоящий физикальный осмотр и последующую беседу. После этого можно было оценить клиническую значимость каждого симптома и квалифицировать синдром. Следовательно, ШОТС включала 3 блока симптомов, выявляемых:

- а) в процессе динамического наблюдения и предварительного анализа случая;
- б) при соматоневрологическом осмотре;
- в) как результат непосредственного опроса больного и наблюдения за ним.

Таблица 1

Первоначальная диагностическая панель соматических и психических симптомов тревоги при деменциях позднего возраста

Симптомы	Наиболее характерное проявление и особенности
Тревожное настроение	Волнение, неустойчивость настроения или раздражительность
Напряжение	Тремор, неспособность расслабиться
Инсомния	Затрудненное засыпание, частые пробуждения, раннее пробуждение
Интеллектуальные нарушения	Тревожная рассеянность
Гипотимия	Отмечаемая самим пациентом или выявляемая при расспросе
Мышечные симптомы	Тревожное мышечное напряжение
Быстрая утомляемость	Объективно отмечаемая или в виде жалоб на усталость
Сердечно-сосудистые симптомы	Тревожная тахикардия
Учащение дыхания	Частота дыхательных движений более 18 в минуту
Мочеполовые симптомы тревоги	Учащенное мочеиспускание
Вегетативные симптомы	Сухость кожного покрова, сухость во рту или повышенная потливость
Беспокойное поведение	Тревожные блуждания

Опыт подсказывал необходимость замены часто используемых критериев количественной оценки симптомов («сильно/слабо», «часто/редко») и порядка исчисления баллов по каждому пункту шкалы.

Если скрининг не выявлял симптома, это отмечали в таблице (0 баллов). В то же время наблюдаемые симптомы оценивали в соответствии с мерой их влияния на поведение больного. Симптом, не влиявший на поведение, оценивали в 1 балл, влиявший на поведение, но не определявший его — 2 балла, а симптом, определявший поведение, — 3 балла.

Клиническая значимость выявленных симптомов была основным параметром, так как именно она позволяла определить ведущие расстройства и квалифицировать синдром. Значение этого параметра вычисляли в два этапа.

На первом этапе оценивали частоту явления. Учитывая недостатки существующих подходов, вместо критерия «часто/редко» ввели критерий «ежедневно/не каждый день», и оценки этого показателя соответствовали 2 и 1 баллам соответственно. Затем определяли устойчивость симптома в течение дня: отмечался ли симптом в течение всего дня (2 балла) или только часть дня (1 балл). Вслед за этим рассчитывали выраженность признака, для чего складывали баллы, отражавшие частоту и устойчивость. Получали значения, равные 2, 3 или 4 баллам. Если симптом наблюдался не каждый день и при этом был нестойким, то оценка составляла 2 балла; когда он отмечался ежедневно и длился только часть дня или же появлялся не каждый день, но наблюдался в течение всего дня — 3 балла. Характеристика 4 балла означала, что симптом имел место каждый день и был стойким на протяжении всего дня.

На втором этапе число баллов, отражавших выраженность симптома, умножали на число баллов, характеризующих меру его влияния на поведение. В результате оценка по каждому пункту могла меняться от 2 до 12 баллов.

Окончательный дизайн рабочего бланка ШОТС приведен в *таблице 2*.

Проверка диагностических возможностей шкалы оценки тревожного состояния

Как показано в предыдущих работах [13], переходные тревожные состояния у больных с деменцией проявляются в виде либо синдрома тревожного истощения (СТИ), либо синдрома тревожной активации (СТА).

СТИ может включать выраженные вегетативные симптомы, раздражительность, астению, резидуальный бред, эйфорию, возвратное дисфорическое возбуждение, вторичную гипотимию, а также апатию. Этот комплекс чаще отмечают в постделириозном периоде. СТА проявляется блужданиями, неконгруэнтным благодушием, инсомнией, раздражительностью, возвратной ажитацией, динамическим маломасштабным бредом, что нередко наблюдают при сенильно-атрофическом слабоумии.

На втором этапе исследования для проверки чувствительности шкалы в отношении этих синдромов, а также ее пригодности для предварительной нозологической диагностики были проанализированы 40 случаев с наиболее полными данными тестирования. В группу вошли 35 мужчин и 5 женщин в возрасте от 62 до 89 лет (в среднем $78,32 \pm 6,53$ года), наблюдавшихся в стационарных условиях. Начальная деменция была у 10 (25%) пациентов, умеренная — у 24 (60%) больных, глубокая — у 6 (15%) человек. БА установлена в 26 (65%) случаях, ВД — в 10 (25%), СД —

в 4 (10%). Семнадцать (42,5%) пациентов находились в переходном состоянии после делирия, 23 (57,5%) перенесли люцидную ажитацию.

Тип тревожного синдрома квалифицировали с учетом преобладания суммы баллов какой-либо субшкалы: по пунктам, отражающим СТИ либо СТА. Результаты отражены в *таблице 3*.

Как видно из таблицы, СТИ статистически значимо чаще отмечали после делирия, а СТА — после ажитации, протекавшей без помрачения сознания. Его же чаще наблюдали при БА.

Соматические и психические симптомы тревоги

Субшкала, оценивающая соматические симптомы тревоги, включала пункты 5, 6, 7, 8, 9 (вегетативные, сердечно-сосудистые, респираторные, мочеполовые и мышечные симптомы). Психические симптомы тревоги оценивали по пунктам 1, 2, 3, 10, 11, 12, 18 (тревожное поведение, инсомния, возвратная ажитация, тревожное напряжение, тревожная рассеянность внимания, раздражительность, вторичная гипотимия). Результаты, полученные для трех нозологических форм, приведены в *таблице 4*.

Соматические и психические симптомы тревоги были одинаково выражены во всех трех группах. Отличительной особенностью было то, что сумма баллов по субшкале психических симптомов всегда превышала таковую по субшкале соматической тревоги. При БА это отличие было статистически значимым.

ОБСУЖДЕНИЕ

Тревога — наиболее частый ответ. Если исходить из того, что «тревога — ожидание неопределенной опасности» [1], то причин для ее возникновения у больных с деменцией больше, чем у кого бы то ни было. В силу характерных для деменции расстройств неопределенность, внешняя и внутренняя, становится все более генерализованной, а обстоятельства — все менее контролируемые.

В терминах концепции П. В. Симонова (1964) тревогу можно считать универсальным способом «экстренной замены отсутствующей информации соответствующим эмоциональным возбуждением» [15]. При деменции это проявляется в наибольшей мере в силу грубых когнитивных расстройств.

Неприменимость критериев генерализованного тревожного расстройства. По мнению многих исследователей, тревожные расстройства при деменциях соответствуют критериям ГТР. Другие авторы приходят к выводу, что эти расстройства субсиндромальны. Однако ни первый, ни второй подход нельзя считать адекватным, так как критерии ГТР разработаны для недементных пациентов. Они предполагают устойчивость клинических проявлений (не менее 6 месяцев) и осознание больным своего трудно контролируемого беспокорства, которое должно быть связано с повседневной активностью. Работая с дементными больными, врач сразу же отмечает их неспособность замечать у себя тревогу, а также нестабильность клинических проявлений. Зачастую связь тревоги с какими-либо событиями или видами деятельности отсутствует. Даже в случаях, когда больные сохраняют способность наблюдать у себя волнение, вербализация переживаний нарушена. Это может быть связано с речевыми расстройствами, фиксационной амнезией, эгосинтонностью тревожных переживаний и даже с преморбидной алекситимией.

Раздражительность — наиболее типичная форма тревожного настроения при деменции. Настроение пациентов с деменцией отличается изменчивостью, нестабильностью. В терминологии некоторых авторов неустойчивость

Рабочий бланк шкалы оценки тревожного состояния

Симптомы	Клиническая значимость = наличие/влияние на поведение × выраженность	Наличие/влияние на поведение	Частота	Устойчивость	Выраженность = частота + устойчивость
1. а) Тревожные блуждания/суетливость					
2. а) Инсомния					
3. а) Ажитация возвратная					
4. а) Дисфория постделириозная					
5. б) Вегетативные симптомы: сухость/повышенная потливость					
6. б) Сердечно-сосудистые симптомы: тахикардия/нестабильность артериального давления, эпизоды экстрасистолии					
7. б) Респираторные симптомы — учащенное дыхание					
8. б) Мочеполовые симптомы: учащение мочеиспускания/недержание мочи/дискомфорт в мочеполовой сфере					
9. б) Мышечные симптомы — тремор					
10. б) Тревожное напряжение — скованность					
11. б) Интеллектуальные нарушения — трудности сосредоточения внимания, частично обусловленные тревогой					
12. в) Тревожное настроение: неустойчивость настроения/раздражительность					
13. в) Благодушие неконгруэнтное					
14. в) Эйфория постделириозная или лобная					
15. в) Астения: повышенная утомляемость, истощаемость					
16. в) Апатия постделириозная					
17. в) Апатия первичная (как результат первично-дегенеративного процесса)					
18. в) Гипотимия вторичная					
19. в) Гипотимия первичная (эндогенная депрессия или депрессия неустановленной этиологии, предположительно наблюдавшаяся в прошлом и/или до наступления острого психоза)					
20. в) Бред маломасштабный динамический					
21. в) Бред галлюцинаторный (резидуальный)					
Сумма баллов					

Клиническая значимость	Наличие/влияние на поведение	Частота	Устойчивость	Выраженность
Произведение наличия/влияния и выраженности	0 — отсутствует 1 — отмечается, не влияет 2 — влияет на поведение, но не определяет его 3 — определяет поведение	ежедневно (2 балла) не каждый день (1 балл)	весь день (2 балла) часть дня (1 балл)	= частота + продолжительность

Нозологический состав и вид перенесенного психоза
в группах с разным типом переходного тревожного состояния, n (%)

Нозологическая форма и тип перенесенного острого психоза	Синдром тревожного истощения (n = 17)	Синдром тревожной активации (n = 23)
Болезнь Альцгеймера (n = 26)	7 (41,2)*	19 (82,6)
Смешанная деменция (n = 4)	3 (17,6)	1 (4,4)
Васкулярная деменция (n = 10)	7 (41,2)	3 (13,0)
Делирий (n = 17)	13 (76,5)**	4 (17,4)
Ажитация без помрачения сознания (n = 23)	4 (23,5)**	19 (82,6)

Примечание. Знаком (*) отмечены статистически значимые отличия от пациентов с синдромом тревожной активации: (*) — $p = 0,017$; (**) — $p < 0,001$.

Соматические и психические симптомы тревоги при разных нозологических формах, баллы

Нозологическая форма	Соматические симптомы тревоги		Психические симптомы тревоги	
	M	SD	M	SD
Болезнь Альцгеймера (n = 26)	5,85*	3,437	18,92*	6,033
Смешанная деменция (n = 4)	11,00	8,756	22,00	9,899
Васкулярная деменция (n = 10)	7,50	4,353	16,10	6,315

* Отличие от суммы баллов по субшкале психических симптомов тревоги статистически значимо ($p < 0,001$).

настроения синонимична раздражительности. Последнюю, в свою очередь, часто отмечают как одну из форм тревожного настроения (критерии ГТР DSM-IV-TR, HAM-A), что вполне обоснованно, поскольку тревога — «универсальная реакция организма, направленная на сопротивление и бегство» [4], то есть представляет быстро меняющееся негативное переживание. Зная общие закономерности диссоциации психической деятельности (в частности, ослабление или утрата сдерживающих механизмов, изменчивость и чрезмерность эмоциональных реакций), мы можем рассматривать повышенную возбудимость и раздражительность, присущие этим больным, как наиболее типичные формы их тревожного настроения.

Объективность симптомов тревоги. По мере прогрессирования болезни тревога приобретает конкретные и непосредственные формы. Например, тревожное напряжение все больше проявляется в виде мышечного напряжения и все менее осознается больным как внутреннее. На это указывает повышенный тонус мышц грудной клетки, живота, рук, ног, шеи. Убедиться в связи этого явления с тревогой можно путем отвлечения внимания больного, когда мышечное напряжение на время исчезает. Другие симптомы тревоги могут претерпевать принципиально иную трансформацию по мере углубления слабоумия. Дискомфорт в мочеполовой сфере принимает форму частых позывов к мочеиспусканию, которые затем сменяются более частым и неконтролируемым истечением мочи.

Критерий влияния на состояние в целом как мера выраженности симптома. В существующих шкалах для оценки тяжести симптома используют понятия «дистресс», «обременение» (bother). Они действительно отражают часть клинически значимых явлений, но абсолютно неприемлемы при опросе больного или сиделки, так как ответы во многом зависят от культурных и ситуационных факторов, учесть которые довольно трудно. Следовательно, необходимы иные критерии выраженности. С клинической точки зрения наиболее адекватна оценка влияния того или иного симптома

на состояние в целом. Симптом может присутствовать и не быть значимым или оказывать некое влияние на общее состояние пациента, но не доминировать; в других случаях он становится центральным, определяющим.

При тестировании, как и в повседневной практике, нужно определить ведущие и второстепенные компоненты синдрома. Метод поиска путем простого перебора, без диагностической антиципации, неадекватно громоздок и затратен. Естествен и наиболее эффективен герменевтический подход, требующий «предпонимания», когда «...целое понимается из отдельного, но и отдельное может быть понято только из целого» (Ф. Шлейермахер, 1829) и «...толкование феномена возможно... только тогда, когда понимающий заранее имеет представление о данном феномене» [3].

Герменевтический подход. «Герменевтический круг» применим при оценке всех сторон психического статуса.

1. Этап прохождения от общего к частному заключается в клиническом определении состояния как тревожного/нетревожного (общее). Здесь, как и при диагностике деменции, тревожное состояние «выявляется клинически и подтверждается психометрически». Выраженность тревожных симптомов и общая тяжесть расстройств позволяют определить, на каком этапе болезненного эпизода (частное) мы наблюдаем больного.

2. Получив некое представление об остром или подостром характере тревожного состояния (общее), мы можем судить о связи симптомов с тревогой, то есть разделять их на первичные и вторичные (частное).

3. Выделяя симптомы, прямо связанные с тревогой и сопутствующие ей (частное), можно вновь обратиться ко всему комплексу симптомов (общее) и методом исключения найти симптомы основного заболевания или стихающего психоза (частное), а после этого вновь оценить все симптомы, но уже исходя из рабочей версии нозологического диагноза (от частного к общему).

Таким образом, «мозаичность» тревожных состояний, неконгруэнтность компонентов статуса становится понятной

в процессе непрерывной интерпретации как состояния в целом, так и его отдельных составляющих.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ


Тревога — один из наиболее частых феноменов в клинической картине деменции. Она служит универсальной приспособительной реакцией в условиях прогрессирующей диссоциации мозговых структур, пораженных патологическим процессом. Тревога представляет ответ на неконтролируемую ситуацию, внешнюю и внутреннюю.

Психометрические инструменты, применяемые для оценки тревоги при деменциях, построены без учета иерархической структуры синдрома и его клинико-динамических особенностей.

Разработанная шкала оценки тревожных состояний при деменциях позволяет быстро и всесторонне оценить психический статус, общую тяжесть психических нарушений, а также выраженность симптомов, вторичных по отношению к тревоге, симптомов основного заболевания и остаточных постпсихотических явлений. Следовательно, с ее помощью можно определить остроту состояния, квалифицировать этап болезненного эпизода, провести предварительную нозологическую диагностику, ретроспективно квалифицировать вид перенесенного острого психоза.

Для применения шкалы необходима достаточно высокая квалификация врача-психиатра, позволяющая ему пользоваться всеми преимуществами герменевтического подхода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж, 1995. С. 640.
2. Букатина Е. Е., Григорьева И. В., Смирнов О. Р. Шкала оценки психического состояния дементных больных пожилого возраста // Соц. и клин. психиатрия. 1992. Т. 2. Вып. 4. С. 29–37.
3. Зайцева З. Н. Герменевтика М. Хайдеггера и медицина // Философия и медицина (историко-философский процесс и теоретические проблемы медицины) / Под общ. ред. А. М. Анохина. М., 1989. С. 153–168.
4. Лапин И. П. Нейрохимическая мозаика тревоги и индивидуализация психофармакотерапии // Тревога и обсессии / Под ред. А. Б. Смугевича. М., 1998. С. 12–20.
5. Сиденкова А. П. Психосоциальная модель поздних деменций: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Томск, 2010. С. 44.
6. Смирнов О. Р. Возможности комплексной психометрической оценки тревожных состояний при деменциях позднего возраста // Мат-лы Всероссийской научно-практической конференции «Психиатрия — любовь моя!», посвященной памяти профессора Александра Олимпиевича Бухановского и 25-летию лечебно-реабилитационного научного центра «ФЕНИКС», 23–24 сентября 2016 г. Ростов-на-Дону, 2016. С. 573–577.
7. Смирнов О. Р. Диагностически значимые особенности постпсихотических переходных состояний у пожилых // Соц. и клин. психиатрия. 2015. Т. 25. № 1. С. 31–35.
8. Смирнов О. Р. Особенности переходных тревожных состояний у пожилых, страдающих слабоумием // Соц. и клин. психиатрия. 2013. Т. 23. № 2. С. 33–37.
9. Смирнов О. Р. Особенности психометрической оценки тревожных состояний при деменциях // Тезисы 1-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Университетская клиника психиатрии: союз науки и практики». 25 мая 2016 г. М., 2016. С. 119–121.
10. Смирнов О. Р. Принципы и структура шкалы оценки тревожных состояний при деменциях // Тезисы VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии «Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее», 18–20 мая 2016 г. Уфа, 2016. С. 285.
11. Смирнов О. Р. Психическая и соматическая тревога у пожилых, страдающих деменцией // Соц. и клин. психиатрия. 2010. № 4. С. 26–30.
12. Смирнов О. Р. Структурные особенности тревожных состояний у пожилых, страдающих слабоумием // Клин. геронтология. 2009. Т. 15. № 10–11. С. 32–35.
13. Смирнов О. Р., Токарская С. В. Возможности оценки постпсихотических тревожных состояний у дементных с помощью шкалы NPI // Психическое здоровье. 2015. № 8. С. 45–49.
14. Смирнов О. Р., Токарская С. В. Клинические признаки окончания переходных тревожных состояний // Психическое здоровье. 2016. № 2. С. 52–58.
15. Трудности определения эмоций // Эмоции и воображения: клинико-психологические исследования (материалы, представленные на симпозиум В. М. Банщикова, В. Ю. Завьяловым и Ц. П. Короленко по проблеме эмоции и воображения в г. Новосибирске в июле 1975 г.). М., 1975. С. 20.
16. Cummings J. L., Mega M., Gray K., Rosenberg-Thompson S. et al. The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia // Neurology. 1994. Vol. 44. N 12. P. 2308–2314.
17. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. Mini-mental state (MMSE) // J. Psychiatr. Res. 1975. Vol. 12. N 3. P. 189–198.
18. Gerolimatos L. A., Ciliberti C. M., Gregg J. J., Nazem S. et al. Development and preliminary evaluation of the ANXIETY in cognitive impairment and dementia (ACID) scales // Int. Psychogeriatr. 2015. Vol. 27. N 11. P. 1825–1838.
19. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating // Br. J. Med. Psychol. 1959. Vol. 32. P. 50–55.
20. Reisberg B., Auer R., Monteiro M. Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale // Int. Psychogeriatr. 1996. Vol. 8. Suppl. 3. P. 301–308.
21. Shankar K. K., Walker M., Frost D. The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID) // Aging Ment. Health. 1999. Vol. 3. N 1. P. 39–49. 

Библиографическая ссылка:

Смирнов О. Р. Шкала оценки тревожных состояний при деменциях // Доктор.Ру. 2017. № 1 (130). С. 49–54.