Діагностика та лікування осіб літнього віку з тривожними розладами

Нині тривожні розлади є одними з найпоширеніших порушень психічного здоров'я в осіб літнього віку. Коморбідність із депресією та соматичними захворюваннями, порушеннями когнітивних функцій, стигматизація, ейджизм часто ускладнюють діагностування й призначення адекватного лікування. До вашої уваги представлено загальний огляд настанови з профілактики, діагностики та лікування пацієнтів літнього віку з тривожними розладами, яку розробили фахівці Канадської асоціації з питань психічного здоров'я осіб похилого віку (CCSMH, 2024) за підтримки Агентства громадського здоров'я Канади (Public Health Agency of Canada) для поліпшення психічного здоров'я цієї популяції.

Настанову було створено з метою надання практичних і доказових рекомендацій щодо профілактики, діагностики й лікування тривожних розладів в осіб літнього віку фахівцями сфери охорони психічного здоров'я, лікарями первинної ланки медичної допомоги, медсестрами, соціальними працівниками та іншими спеціалістами. За класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, до пацієнтів літнього віку належать особи віком > 65 років. Для вичерпного аналізу доказової бази було оцінено дослідження, у яких брали участь люди віком від 60 років. Основну увагу автори настанов приділили стану тривожності й тривожним розладам (згідно з критеріями Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів 5-го перегляду [DSM-5]), зокрема генералізованому тривожному розладу (ГТР), панічному розладу, агорафобії, специфічним фобіям та розладу соціальної тривоги (РСТ). Також додано рекомендації щодо страху падіння — важливої причини стану підвищеної тривожності серед пацієнтів літнього віку.

Розробку настанови здійснювали експерти мультидисциплінарної робочої груп відповідно до контрольного списку «Guidelines International Network-McMaster». До аналізу увійшли публікації про рандомізовані контрольовані дослідження (РКД) за участю осіб літнього віку (вік ≥ 60 років або середній вік ≥ 65) із первинним результатом у вигляді зниження рівня тривожності. Оцінювали також чинники ризику тривожності, а питання діагностики аналізували через цілеспрямований пошук у базах даних щодо належної клінічної практики та MEDLINE / PubMed.

Силу доказів оцінювали двома методами. Для рекомендацій, підкріплених даними систематичних оглядів, використовували систему оцінювання якості клінічної інформації GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) для їхньої класифікації за надійністю (*висока, помірна, низька, дуже низька*) та визначення сили рекомендацій (табл. 1).

Для рекомендацій щодо належних практик і тих, які не базувалися на даних систематичних оглядів, силу рекомендації оцінювали за рівнем доказовості та ризиком упередженості.

На рисунку представлено діагностичний алгоритм для осіб літнього віку із підозрою на наявність тривожності / тривожного розладу.

Чинники ризику та виявлення тривожних розладів

Рекомендація 1

Медпрацівники мають бути обізнаними щодо чинників ризику розвитку тривожності в пацієнтів літнього віку, насамперед зосереджуючи увагу на категоріях осіб із підвищеним ризиком (*рівень доказовості D*).

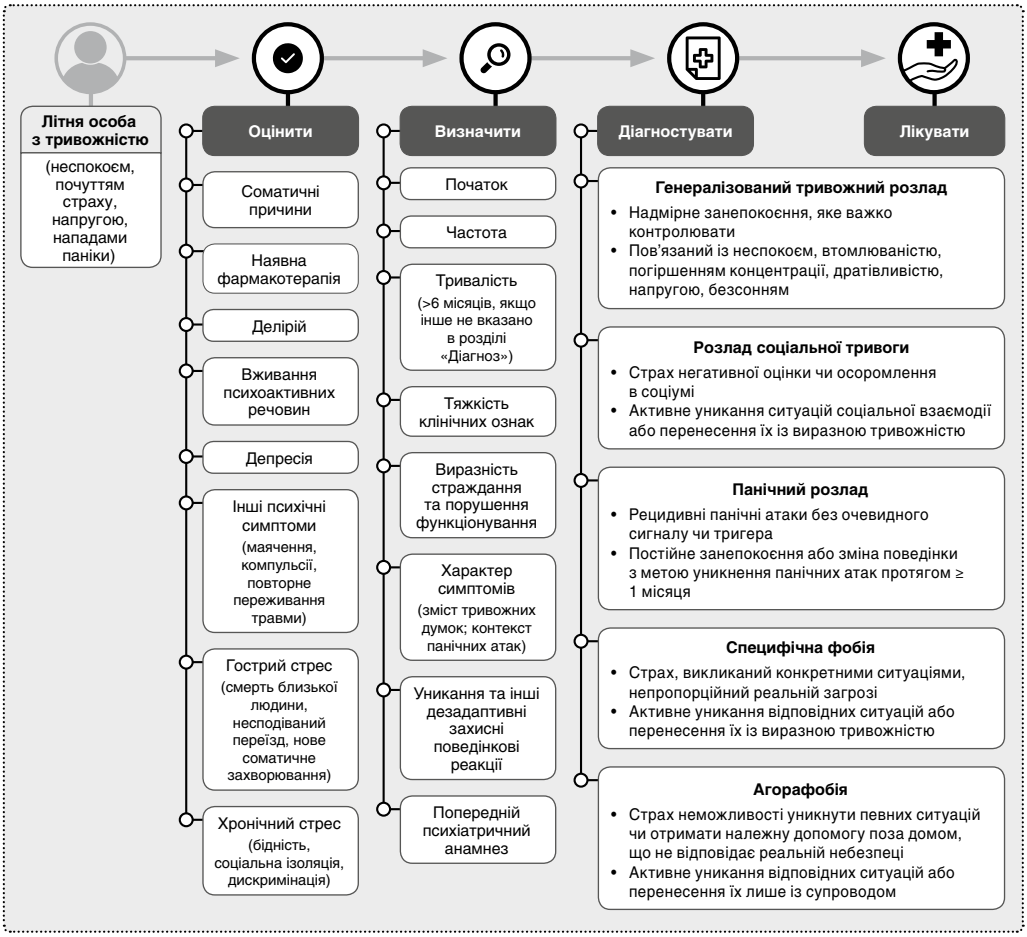

Рисунок. Діагностичний алгоритм

Адаптовано згідно з CCSMH (2024). Canadian Guidelines for the Assessment and Treatment of Anxiety in Older Adults. 25 Jan. 2024. https://ccsmh.ca/areas-of-focus/anxiety/clinical-guidelines/

Наявність таких чинників може стати підставою для використання скринінгових інструментів або детальнішого клінічного огляду: когнітивне зниження, депресія, жіноча стать, функціональні обмеження, безсоння, поліморбідність, біль, поліпрагмазія, незадовільний стан здоров'я (за об'єктивними чи суб'єктивними характеристиками), соціальна ізоляція чи самотність, літній вік, порушення рівноваги або падіння в анамнезі. Згадані чинники підвищують відчуття вразливості, страх втрати незалежності та зниження здатності долати труднощі (Brenes et al., 2008; Silva et al., 2022; Vink et al., 2008).

Власне, старіння не є чинником ризику (окрім страху падіння), проте поліморбідність, хронічні захворювання (артеріальна гіпертензія, хронічні обструктивні захворювання легень, захворювання серцево-судинної системи, розлади сну, хвороба Паркінсона [ХП]) та сенсорні розлади (порушення зору, слуху) значно підвищують його (Silva et al., 2022; Vink et al., 2008).

Підтверджено зв'язок між станами фізичного виснаження різного ступеня і тривожністю (Tan et al., 2023). Соціально-психологічні стресори (низький дохід, нестабільні житлові умови, незадоволені потреби, дискримінація за віком) підвищують ризик тривожності (Carden et al., 2022; Kang and Kim, 2022). У різних етнокультурних групах важливого значення набуває вплив наслідків

Таблиця 1. Диференціація рівня рекомендацій настанови

Рекомендації щодо скринінгу та лікування згідно із системою GRADE	
Достовірність доказів	
Висока	Дані дослідження дають дуже чітке уявлення про ймовірний ефект. Імовірність того, що ефект буде суттєво відмінним, є низькою
Помірна	Дані дослідження дають чітке уявлення про ймовірний ефект. Імовірність того, що ефект буде суттєво відрізнятися, є помірною
Низька	Дані дослідження ілюструють певне уявлення щодо ймовірного ефекту. Однак імовірність того, що він буде суттєво відрізнятися, висока
Дуже низька	Дослідження не надає достовірних даних про ймовірний ефект. Імовірність того, що ефект буде суттєво іншим, дуже висока

Напрям		
Сила рекомендації	**На користь втручання**	**Проти втручання**
Рекомендація високого рівня	Більшість пацієнтів отримають користь внаслідок цього втручання	Більшість пацієнтів не отримають користі внаслідок цього втручання
Умовна рекомендація: застосування залежить від індивідуальних обставин пацієнта, його цінностей і вподобань	Можлива користь: окремі пацієнти можуть отримати значущий ефект	Обмежене застосування: попри те, що у більшості випадків ризики переважають користь, за певних обставин втручання може бути доречним

Сучасні клінічні рекомендації	
Рівень доказовості	
A	Рекомендацію створено на основі систематичного огляду або метааналізу даних
B	Рекомендацію створено на основі даних контрольованих досліджень
C	Рекомендацію створено на основі даних неекспериментальних / спостережних досліджень
D	Рекомендацію створено на основі експертної думки або екстраполяції з інших наведених вище категорій доказів

Адаптовано згідно з CCSMH (2024). Canadian Guidelines for the Assessment and Treatment of Anxiety in Older Adults. 25 Jan. 2024. URL: https://ccsmh.ca/areas-of-focus/anxiety/clinical-guidelines

колоніалізму, расизму, системи інтернатів та обмежених економічних можливостей (Nelson and Wiilson, 2017; Brown et al., 2020; Williams et al., 2003, 2010). Літні мігранти також зазнають ризику через мовні й культурні бар'єри, бідність і дискримінацію (Lin, 2023). До захисних чинників належать: задоволеність життям, відчуття сенсу власного існування, позитивні емоції та прив'язаність (Hwang et al., 2020; Pai et al., 2019).

Рекомендація 2

Медпрацівники мають ознайомитися з інструментами виявлення ознак стану тривожності й тривожних розладів у літніх осіб і застосовувати їх для груп ризику або пацієнтів із цими симптомами *(рівень доказовості D)*.

Використання лише клінічного анамнезу є недостатнім, оскільки симптоми тривожних розладів у цій групі часто недооцінюють (Bower et al., 2015). Загальний скринінг не рекомендовано через недостатні дані щодо балансу користі та ризику, натомість виправданим є цільовий підхід (*case-finding*).

У разі наявності чинників ризику слід безпосередньо запитувати про прояви тривожності або застосовувати інструменти для її виявлення. Більшість валідованих інструментів створено англійською і в західному культурному контексті; переклади доступні, але рідко адаптовані для використання етнічно та культурно різноманітних груп (Bellamy and Hardy, 2015).

Рекомендація 3

Для виявлення ознак тривожності чи тривожних розладів у клінічних умовах та серед осіб групи ризику застосовуйте геріатричний опитувальник тривоги (GAI-20) *(GRADE: помірна достовірність доказів; сила рекомендації: високий рівень).*

Рекомендація 4

Розгляньте використання опитувальника GAI-20 або його короткої версії GAI-SF для виявлення ГТР у клінічних умовах та серед осіб групи ризику *(GRADE: низька достовірність доказів; сила рекомендації: умовна).*

Систематичний огляд даних 32 досліджень (на підставі аналізу даних 23 діагностичних інструментів) засвідчив, що застосування GAI-20 із мінімальним показником ≥ 9 балів допомагає ефективно виявляти клінічно значущий стан тривожності / тривожних розладів, а також має найвищу точність у виявленні ГТР (показник 11–14 балів). Зокрема, GAI-SF демонструє подібну точність за мінімального значення показника ≥ 3 балів (Pachana et al., 2007).

Інші інструменти:

- *Госпітальну шкалу тривоги та депресії — субшкалу тривожності (HADS-A)*, із мінімальним показником ≥ 8 балів, можливо використовувати, але вона є менш точною за GAI-20 (Zigmond and Snaith, 1983).
- *Опитувальник із генералізованої тривожності (GAD-7)* та *Пенсильванський опитувальник щодо занепокоєння* (PSWQ) мають обмежені дані щодо валідації або діагностичної точності в пацієнтів літнього віку, однак можливо їх використовувати, якщо немає доступу до GAI-20; при цьому слід зважати на обмеження щодо валідності (Spitzer et al., 2006; Meyer et al., 1990).

Серед недоліків використання цих інструментів — значний час, обмежені можливості інтеграції в практику й вартість (GAI захищений авторськими правами, доступ до нього платний, а GAD-7 і PSWQ є загальнодоступними). Ефективність застосування таких інструментів потребує певного навчання персоналу та інтеграції в клінічний процес.

Рекомендація 5

Для виявлення клінічно значущої тривожності у літніх осіб із деменцією у спеціалізованих медичних закладах використовуйте шкалу оцінювання тривожності за деменції (RAID) *(GRADE: помірна достовірність доказів; сила рекомендації: високий рівень).*

У пацієнтів із деменцією часто виникають труднощі з описом власних симптомів. Тому інструменти, що враховують думку і пацієнта, і доглядальника, є доречнішими. Найбільш визнаною для пацієнтів літнього віку вважається шкала RAID, оптимальний мінімальний показник ≥ 11 балів (Shankar et al., 1999).

Рекомендація 6

Уточнення анамнезу пацієнта та оцінювання ризику падінь є ключовими аспектами комплексного геріатричного огляду; обговоріть із ним інформацію щодо страху падіння та уникнення активності *(рівень доказовості D).*

Важливі скринінгові запитання: «Ви боїтеся падіння?», «Чи обмежили ви будь-яку активність через цей страх?» (Belloni et al., 2020). Для детальнішого оцінювання стану пацієнта рекомендовано Опитувальник з оцінювання ставлення до падінь (FES-I; 16- або 7-пунктова версія), що має високу валідність (McGarrigle et al., 2023).

Оцінювання та діагностика

Рекомендація 7

Літні пацієнти з позитивним результатом скринінгу на ознаки тривожності або з виявленими новими проявами чи посиленням попередніх симптомів, які змінюють звичне функціонування, мають проходити повне клінічне обстеження з детальним вивченням анамнезу, фізикальним оглядом та відповідними додатковими дослідженнями *(рівень доказовості D)*.

Рекомендація 8

Збір анамнезу передбачає оцінювання характеру, тривалості й тяжкості симптомів, виявлення ознак уникнення, аналіз рівня дистресу, психосоціальних чинників і даних психіатричного анамнезу *(рівень доказовості D)*.

У літніх осіб частими ознаками тривожності є розвиток соматичних симптомів і занепокоєння щодо стану здоров'я; прояви паніки менш виразні, ніж в осіб молодшого віку (Hunt et al., 2003; Sheikh et al., 2004). Труднощі діагностування пов'язані з активним уникненням, фізичними обмеженнями, недостатнім усвідомленням симптомів та стигматизацією за віком (Wetherell et al., 2009). Важливу роль відіграє інформація, отримана від доглядальників. Культурні відмінності чинять вплив на сприйняття ознак тривожності: у деяких культурах дистрес виражається переважно через фізичні симптоми, тоді як стигматизація, мовні бар'єри й недовіра до системи охорони здоров'я перешкоджають установленню діагнозу (Kim et al., 2012; Marques et al., 2011; Goetz et al., 2023; Lin, 2023; Williams et al., 2013).

Рекомендація 9

Літні пацієнти з тривожністю мають проходити скринінг на ознаки депресії та схильності до суїцидального мислення *(рівень доказовості D)*.

Стан тривожності часто супроводжує депресію і є незалежним чинником ризику самогубства (Wolitzky-Taylor et al., 2010; Beghi et al., 2021; Fernandez-Rodrigues et al., 2022).

Рекомендація 10

Анамнез і фізикальне обстеження необхідні для виключення клінічних причин тривожності *(рівень доказовості D)*.

Симптоми тривожного розладу можуть бути ознакою або наслідком соматичних чи психоневрологічних станів, як-от ХП, деменція, аритмія, патології щитоподібної залози, апное уві сні (Ann et al., 2023; Gallagher et al., 2011; Schrag et al., 2015). Серед механізмів взаємозв'язку — прямі фізіологічні наслідки (задишка за хронічних обструктивних захворюваннях легень), психогенний компонент адаптації, делірій або постінфекційний синдром (Bull-Otterson et al., 2022). Наявність ознак тривожності в пацієнта може загострювати перебіг соматичних захворювань (серцево-судинних) і ускладнювати лікування, формуючи підґрунтя для розвитку медичних фобій. Особливу увагу слід приділяти тривожним розладам з атиповими ознаками в пацієнтів літнього віку, порушенням когнітивних функцій та підозрою на деменцію. Гострий / підгострий стан тривожності з пізнім початком і атиповими ознаками (неврологічними симптомами, гострими порушеннями когнітивних функцій, непритомністю, нетриманням сечі) має викликати підозру щодо спричиненості основним захворюванням (табл. 2).

Таблиця 2. Соматичні стани, пов'язані з тривожністю, у пацієнтів літнього віку

Тип розладів	Приклади
Захворювання ендокринної системи	Гіпертиреоз, гіпотиреоз, захворювання надниркових (включаючи феохромоцитому), захворювання паращитоподібних залоз
Серцево-судинні захворювання	Інфаркт міокарда, серцева недостатність, стенокардія, аритмія, захворювання серцевих клапанів
Захворювання дихальної системи	Хронічні обструктивні захворювання легень, бронхіальна астма, пневмонія, синдром обструктивного апное уві сні
Метаболічні розлади	Дефіцит вітаміну B12, гіпоглікемія, електролітний дисбаланс
Неврологічні розлади	Хвороба Паркінсона, деменція (наприклад, хвороба Альцгеймера, судинна деменція), делірій, вестибулярна дисфункція, судомний синдром, ураження центральної нервової системи (пухлини головного мозку), енцефалопатія

Адаптовано згідно з CCSMH (2024). Canadian Guidelines for the Assessment and Treatment of Anxiety in Older Adults. 25 Jan. 2024. URL: https://ccsmh.ca/areas-of-focus/anxiety/clinical-guidelines

Між станом тривожності та порушеннями когнітивних функцій у літніх осіб є двоспрямований взаємозв'язок. Тож важливим є виконання когнітивного скринінгу. Високий рівень тривожності чинить негативний вплив на когнітивні функції, зокрема увагу та виконавчі функції. Підвищена тривожність може також бути ранньою ознакою деменції, частково зумовленою усвідомленням та стресом, пов'язаним із погіршенням пам'яті та допущенням помилок у повсякденному житті. Вона може сигналізувати, що когнітивні вимоги повсякденного життя перевищують індивідуальні можливості пацієнта. Стан хронічної тривожності, яку спричиняє тривале «увімкнення» фізіологічних стресових реакцій (гіперактивність гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової вісі, підвищену автономну реактивність та імунну відповідь), негативно позначається на функціональній активності головного мозку та судинній системі та є чинником ризику деменції (Brosschot et al., 2006).

Для виявлення ознак тривожності в пацієнтів літнього віку не передбачено стандартних методів обстеження. Серед додаткових досліджень — загальний аналіз крові, визначення вмісту електролітів (зокрема, з кальцієм, магнієм і фосфатами), оцінювання функціональної здатності нирок, печінки, щитоподібної залози, визначення рівня вітаміну B12, глюкози; клінічний аналіз сечі; пульсоксиметрію, рентгенографію грудної клітки; скринінг на наркотичні та психоактивні речовини (ПАР); електрокардіографію, добовий моніторинг серця за Холтером; скринінг когнітивних функцій, наприклад, за Монреальською шкалою оцінювання когнітивних функцій (MoCA) або Короткою шкалою оцінювання психічного статусу (MMSE; Folstein et al., 1975).

Нейровізуалізацію (комп'ютерну томографію головного мозку) зазвичай не виконують у межах діагностики тривожних розладів, за винятком випадків наявності в пацієнта супутніх станів (порушень когнітивних функцій) або локальних неврологічних симптомів в анамнезі чи під час огляду.

Рекомендація 11

Усі літні пацієнти зі скаргами на підвищену тривожність потребують оцінювання анамнезу щодо вживання ліків та ПАР, зокрема рецептурних, безрецептурних і рекреаційних, а також кофеїну *(рівень доказовості D)*.

Стан тривожності в літніх осіб може бути вторинним і виникати внаслідок вживання ліків або рекреаційних речовин. Необхідно ретельно збирати анамнез наявної фармакотерапії для виявлення можливого часового зв'язку між початком лікування та розвитком ознак тривожності. Деякі психотропні препарати можуть зумовлювати акатизію, яку сприймає або описує пацієнт як тривожність. Важливо оцінювати дотримання режиму лікування, оскільки помилки в прийманні ліків можуть спричиняти розвиток делірію чи фармакотоксичність, що має ознаки тривожності (застосування

інсуліну або препаратів для лікування дисфункції щитоподібної залози), а пропуск доз — розвиток абстинентного синдрому (за використання бензодіазепінів, опіоїдів чи антидепресантів). Крім того, важливо виконувати скринінг на вживання ПАР (алкоголю, канабісу, нікотину) та оцінювати їхній потенційний вплив на стан тривожності через інтоксикацію, абстинентний синдром або хронічне вживання; уточнювати використання безрецептурних препаратів, зокрема антихолінергічних засобів. Рекреаційні речовини та безрецептурні ліки часто застосовують для самолікування за тривожності чи супутніх симптомів, як-от безсоння. Натуральні продукти з психоактивними властивостями (женьшень, гінкго білоба), можуть спричиняти підвищену тривожність (Le et al., 2022).

Вибір терапії

Вибір адекватної терапії в осіб літнього віку може бути ускладнений наявністю супутніх психічних, соматичних або соціальних чинників.

Рекомендація 12

Призначайте нефармакологічні втручання як першу лінію через ризик побічних ефектів фармакотерапії, окрім випадків, коли медикаментозне лікування обґрунтоване перевагами для пацієнта, тяжкістю симптомів чи оцінкою ризику *(рівень доказовості D)*.

Для вибору оптимального втручання, що відповідає індивідуальним потребам пацієнта, слід враховувати інтенсивність впливу різних лікувальних підходів:

- У багатьох літніх осіб ознаки тривожності із часом зменшуються самостійно або внаслідок застосування низькоінтенсивного підтримувального лікування. В одному дослідженні до третини пацієнтів із субсиндромальною тривожністю та/або депресією досягли поліпшення стану після тримісячного періоду спостереження, тоді як у п'ятої частини розвинувся діагностований тривожний чи депресивний розлад (van der Aa et al., 2015).
- У клінічних дослідженнях за участю пацієнтів літнього віку із ГТР відзначається високий рівень відповіді на приймання плацебо, що свідчить про значущість нефармакологічних чинників. Подібно до цього з використанням психотерапії було описано виразні відповіді в «контрольних» групах (втручання у форматі підтримувального консультування).
- Хоча ефективність психотерапії й медикаментозного лікування для осіб із тривожністю є порівнянною, зважаючи на те, що в частини цих пацієнтів відбувається поліпшення стану внаслідок нефармакологічних втручань і психосоціальної підтримки; ці методи впливу рекомендовано як перший крок перед призначенням фармакотерапії(Pinquart and Duberstein, 2007).

Для осіб із діагностованим ГТР настання спонтанної ремісії клінічних симптомів є малоймовірним (Braam et al., 2014; Lenze et al., 2005). Це зумовлює необхідність контролю динаміки симптомів і відповіді на нефармакологічні втручання, а за недостатньої відповіді потребує перегляду й оптимізації плану лікування. За стійких і тяжких ознак тривожності слід розглядати призначення медикаментозного лікування або його поєднання з психотерапією (Schuurmans et al., 2009; Wetherell et al., 2013).

- Якщо тривожність є вторинною щодо соматичного стану, насамперед слід оптимізувати лікування основного захворювання (APA, 2013).
- У разі розвитку стану тривожності, пов'язаного із вживанням ПАР, першочерговим є втручання, спрямоване на подолання залежності. Наприклад, тривожність у контексті скасування терапії бензодіазепінами потребує дотримання протоколів лікування синдрому відміни (CCSMH, 2019a-2019d).

Вподобання пацієнта є основним критерієм вибору терапії, оскільки готовність розпочати й дотримуватися лікування зростає, якщо формат втручання відповідає його очікуванням (McHugh et al., 2013; Swift et al., 2018, 2021; Winter and Barber, 2013). Важливо брати до уваги особливості анамнезу психічних захворювань (наявність біполярного афективного розладу, що підвищує ризик гіпоманії / манії в разі застосування антидепресантів, або попередні небажані побічні реакції на певні психотропні препарати).

Рекомендація 13

Для зменшення ознак тривожності та профілактики розвитку тривожних розладів у літніх осіб розгляньте модель поетапної допомоги, починаючи з бібліотерапії, психоосвіти та/або КПТ *(рівень доказовості B)*.

Для осіб із субсиндромальною тривожністю поетапний підхід, порівняно зі звичайним лікуванням, може поліпшувати стан пацієнта та запобігати розвитку «повноцінного» тривожного розладу (Meuldijk and Wuthrich, 2019; van der Aa, van Rens, et al., 2015; van't Veer-Tazelaar et al., 2009). Модель поетапної допомоги передбачає надання легкодоступних низькоінтенсивних психологічних втручань. Пацієнтам, стан яких не поліпшується, слід запропонувати інтенсивніші втручання в поступовому порядку. Цей підхід не рекомендовано для осіб з уже діагностованими тривожними розладами. Типові програми поетапної допомоги починаються з низькоінтенсивних втручань: самодопомога під керівництвом (зокрема з КПТ), бібліотерапія, техніки релаксації, заходи соціальної підтримки та психоосвіта. Якщо немає поліпшення стану, слід запропонувати інтенсивніші втручання, як-от групова або індивідуальна КПТ під керівництвом терапевта, із залученням фармакотерапії під наглядом лікаря первинної медичної допомоги. У разі потреби можливе скерування до фахівців спеціалізованої допомоги (як-от психологи, психіатри, геріатричні психіатри, геріатри). Хоча більшість досліджень поетапної допомоги виключають літніх пацієнтів із когнітивними порушеннями, майже всі літні особи можуть отримати користь внаслідок застосування описаного підходу немедикаментозного лікування за наявності ознак стану тривожності. Порушення когнітивних функцій або деменція не є абсолютними протипоказаннями, але потребують модифікацій (спрощення матеріалів або зосередження на поведінкових втручаннях) (Rossiter and Holmes, 2013; Tay et al., 2019).

Рекомендація 14

Запропонуйте літнім пацієнтам із тривожністю психосоціальну підтримку, адаптовану до наявних чинників ризику та стресорів *(рівень доказовості D)*.

Стан підвищеної тривожності може бути реакцією на значні психосоціальні стресори та свідчити про недостатність підтримки. Виявлення цих стресорів (фінансові труднощі, нестача харчування, нестабільність житлових умов, соціальна ізоляція, незадоволені потреби, дискримінація, насильство або зневажання) є критично важливим (Davison et al., 2020; Ross et al., 2017; Thapa et al., 2020). Обговорюючи з пацієнтом можливі шляхи подолання описаних проблем, слід обов'язково заохочувати його до самостійного ухвалення рішень. Соціальна підтримка необхідна для ефективного вирішення психосоціальних питань (Percival et al., 2022). Регулярний контакт, активне слухання та визнання емоцій пацієнта, а також індивідуальні скерування до громадських організацій поліпшують доступ до соціальної підтримки.

Рекомендація 15

Контролюйте ефективність лікування за допомогою стандартизованих шкал оцінювання симптомів *(рівень доказовості D)*.

Незалежно від виду втручання, використання інструментів із регулярним зворотним зв'язком від пацієнта допомагає досягати кращих результатів у поліпшенні клінічного стану та досягненні ремісії (Fortney et al., 2017). Психодіагностичні шкали слід застосовувати до початку лікування та, з регулярною періодичністю, протягом усього курсу. Проте клініцистам слід брати до уваги недостатність даних про чутливість психодіагностичного інструментарію до оцінювання змін виразності ознак тривожності в літніх осіб та про мінімальні клінічно значущі відмінності цих показників. Для моніторингу ефективності лікування рекомендовано використовувати скринінгові інструменти (GAI-20, GAI-SF, RAID) або інші релевантні аналоги (HADS, GAD-7).

Нефармакологічні методи лікування

Для лікування осіб літнього віку із тривожністю й тривожними розладами було відібрано низку нефармакологічних втручань, як-от КПТ (для корекції тривожності та страху падіння), когнітивна терапія на основі усвідомленості (майндфулнес), програми фізичної активності та інші психотерапевтичні методи. Менш пріоритетні втручання, як-от біологічний зворотний зв'язок, цифрові терапії, нейростимуляція та віртуальна реальність, не включено до огляду, хоча їх теж можливо варто розглянути.

Доступ до психотерапії є важливим питанням рівності, особливо для літніх осіб із низьким доходом, у сільській місцевості або культурно різноманітних групах. Більшість психотерапевтичних програм розроблено в західних країнах і вони базуються на відповідних культурних цінностях. У дослідженнях, які увійшли до огляду, або не повідомляли про етнічний чи культурний склад учасників, або більшість учасників мали європейське походження. Тож питання ефективності цих втручань у різних етнокультурних групах залишаються невизначеними. Доказів на користь міжкультуральної адаптації КПТ для літніх осіб із тривожністю не знайдено (Naeem, 2019). Водночас поширення використання формату онлайн-психотерапії створює бар'єри для літніх осіб без доступу до інтернету через вартість або обмеження послуг у віддалених регіонах.

Рекомендація 16

Психотерапія має бути доступною для всіх літніх осіб з ознаками тривожності (на рівні громади, у закладах тривалого догляду тощо) *(рівень доказовості D)*.

Рекомендація 17

Запропонуйте КПТ пацієнтам літнього віку з ознаками тривожності *(GRADE: достовірність доказів низька; сила рекомендації: високий рівень)*.

КПТ спрямована на виявлення та модифікацію чинників, що підтримують стан тривожності (як-от негативні думки, поведінкові моделі уникнення), і передбачає когнітивні та поведінкові стратегії. Порівняно з відсутністю втручання, КПТ сприяє значному зменшенню ознак підвищеної тривожності, поліпшуючи якість життя та зменшуючи виразність симптомів депресії (Hendriks et al., 2010; Livermore et al., 2010). Доведено ефективність застосування КПТ у літніх осіб із порушеннями когнітивних функцій (Bove et al., 2016; Heslop-Marshall et al., 2018; Trevino et al., 2021; Tamura et al., 2023). Серед адаптаційних технік методу — спрощення матеріалів, повторення стратегій керування емоціями, використання підказок та участь доглядальників для підтримки пацієнтів, які цього потребують (Jin et al., 2021).

Рекомендація 18

Як індивідуальна, так і групова КПТ є ефективною і може бути запропонована для лікування осіб літнього віку зі станом тривожності *(рівень доказовості A)*.

Індивідуальна КПТ може забезпечити більшу ймовірність досягнення ремісії, натомість групова форма поліпшує доступність терапії. Доцільність формату КПТ визначається клінічними умовами, наявністю ресурсів, а також потребами та вподобаннями пацієнтів.

Рекомендація 19

Для лікування пацієнтів літнього віку з ознаками тривожності ефективними є як короткострокові, так і стандартні варіанти КПТ *(рівень доказовості A)*.

Короткострокова модель КПТ описує варіант втручання з обмеженням до 6 годин контакту і терапевтичних сеансів, порівняно зі стандартною моделлю, і яку може виконувати фахівець із менш

спеціалізованою підготовкою, часто з використанням онлайн-технологій. Короткострокові варіанти КПТ визнано доцільними для пацієнтів із щойно виявленою або помірно виразною тривожністю, а також із супутніми захворюваннями, для яких проходження повного лікувального курсу становить певні труднощі.

Рекомендація 20

Пропонуйте дистанційний формат КПТ як додаткову можливість лікування пацієнтів літнього віку з тривожністю *(GRADE: достовірність доказів низька; сила рекомендації: високий рівень)*.

КПТ із використанням інтернет-доступу та телефонного формату можливо ефективно використовувати для зниження ознак тривожності, розширюючи доступ до психотерапії для пацієнтів у віддалених регіонах або з проблемами мобільності.

Рекомендація 21

Літні пацієнти з тривожністю самостійно можуть використовувати такі стратегії КПТ, як експозиція, релаксаційна терапія, черевне дихання, когнітивна реструктуризація тощо *(рівень доказовості B)*.

Техніки КПТ, які застосовують клініцисти, можна розділити на дві категорії: когнітивні (наприклад, когнітивна реструктуризація, психоосвіта) та поведінкові (наприклад, експозиція, релаксаційна терапія). Хоча ці стратегії зазвичай використовують у поєднанні, їх також можливо застосовувати окремо як навички та методи подолання стану підвищеної тривожності в осіб літнього віку. Підтверджено ефективність застосування низки експозиційних технік КПТ (*in vivo,* інтероцептивні, уявні) у лікуванні літніх пацієнтів із ГТР, специфічними фобіями та панічними розладами (Jayasinghe et al., 2017).

Релаксаційна терапія, як-от навчання діафрагмального дихання, прогресивної м'язової релаксації та керованої візуалізації, також є ефективним та прийнятним втручанням для осіб похилого віку. Стратегії КПТ можуть допомогти літнім пацієнтам отримати інструменти, необхідні для пошуку рішень своїх проблем «тут і зараз». Клініцист може забезпечити психоосвіту, щоб ознайомити пацієнта з концепцією циклу стану тривожності, допомогти зрозуміти зв'язок між своїми думками, почуттями та поведінкою. А також допомогти засвоїти нові моделі поведінки (наприклад, стратегії подолання замість уникнення) та нові навички (релаксація, черевне дихання), які допоможуть протистояти страхам і зменшити виразність ознак тривожності.

Рекомендація 22

КПТ має проводити фахівець із психічного здоров'я (як-от зареєстрований психолог, психотерапевт, психіатр, соціальний працівник, медсестра) із відповідною підготовкою або під їхнім наглядом *(рівень доказовості D)*.

Терапевти мають мати відповідні знання та навички для адаптації лікування осіб похилого віку, зокрема з порушеннями когнітивних функцій (Laidlaw, 2021). Слід зважати на вікові зміни сенсорних систем, використовувати когнітивну терапію для боротьби із самокерованими переконаннями щодо віку або додавати до терапії стратегії, які допоможуть пацієнту похилого віку краще справлятися зі змінами / втратами / переходами в житті, які можуть спричинити тривожність. Потрібно навчитися розпізнавати та ставити під сумнів власні переконання щодо віку, які можуть бути перешкодою для лікування (Bodner et al., 2018).

Рекомендація 23

Розгляньте використання КПТ для осіб похилого віку, які відчувають страх падіння, особливо для тих, чиї функціональні можливості значно обмежені через стан тривожності, пов'язаної з падіннями *(GRADE: достовірність доказів: дуже низька; сила рекомендації: умовна)*.

Страх падіння слід оцінювати разом із комплексною оцінкою ризику падіння. У 10 % випадків падіння в пацієнтів похилого віку призводять до важких пошкоджень, наприклад, переломів стегна. Під час кожного відвідування лікаря особами похилого віку, завжди слід запитувати про падіння протягом попередніх 12 місяців. Якщо страх падіння є надмірним, тобто перевищує фактичний ризик падіння та має негативний вплив на функціонування та якість життя, можливо розглянути призначення КПТ, що передбачає втручання для зміни хибних уявлень і поведінкову терапію для зменшення страху через фізичну активність (Haynes et al., 2014; Liu et al., 2018; Papadimitriou and Perry, 2020).

Рекомендація 24

Майндфулнес-практики (техніки на основі усвідомленості) можуть ефективно зменшувати виразність ознак тривожності в осіб похилого віку *(GRADE: достовірність доказів: низька; сила рекомендації: умовна)*.

Втручання на основі усвідомленості представлені різними формами, як-от практика зниження стресу на основі усвідомленості (MBSR), когнітивна терапія на основі усвідомленості (MBCT) і терапія усвідомленості, зосереджена на емоціях (EFMT). Основною навичкою є усвідомленість щодо поточного моменту з особливим акцентом на здатності ділитися власними думками та почуттями, допитливість та прийняття (Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 2003).

Практики медитації й усвідомленості сприяють зменшенню когнітивних упереджень, регуляції емоцій, фізіологічної реактивності й поліпшенню міжособистісних навичок (Brown et al., 2007; Curtiss et al., 2017; Feldman et al., 2016; Hicks et al., 2020). Отримані дані спираються на результати РКД, які свідчать про значне зменшення тривожності й поліпшення якості життя (Denkova et al., 2023; Hatch et al., 2023).

Рекомендація 25

Запропонуйте пацієнтам похилого віку з ознаками тривожності інші форми психотерапії або психосоціальної підтримки (наприклад, підтримувальну терапію, терапію прийняття та відповідальності, ремінісцентну терапію, релаксаційну терапія) *(GRADE: достовірність доказів: низька; сила рекомендації: умовна)*.

КПТ є найбільш вивченим методом. Однак щодо лікування літніх пацієнтів з ознаками тривожності отримано докази ефективності застосування альтернативних напрямів психотерапії, як-от релаксаційної терапії, різних форм підтримувальної терапії / консультування, терапії ремінісценції та терапії прийняття й відповідальності. Спільним між цими втручаннями є те, що вони пропонують психологічну підтримку, яка виходить за межі звичайного догляду. Доступ до цих варіантів особливо важливий, якщо КПТ неможлива.

Рекомендація 26

Фізичні вправи, як-от аеробні та силові тренування, зменшують ознаки тривожності й можуть бути рекомендовані пацієнтам літнього віку *(GRADE: достовірність доказів: дуже низька; сила рекомендації: умовна)*.

Фізична активність, зокрема заняття в залі, домашні тренувальні програми, індивідуальні та групові форми фізичних тренувань, сприяє помірному зменшенню тривожності. Доказова база охоплює результати спостережень пацієнтів літнього віку з помірною тривожністю. Водночас достовірність даних щодо лікування осіб із клінічно значущими тривожними розладами обмежена. Серед додаткових переваг фізичної активності — зменшення ризику падінь, серцево-судинних захворювань, остеопорозу та депресії (Hallal et al., 2012; Heart and Stroke Canada, 2023; Osteoporosis Canada, 2023; Tricco et al., 2017).

Рекомендація 27

Фізичні вправи, зокрема тай-чі та йогу, ефективні для зменшення страху падіння та можуть бути рекомендовані літнім особам *(рівень доказовості А)*

За даними систематичних оглядів, деякі програми зазначених вправ не лише зменшують страх падіння, а й сприяють поліпшенню рівноваги та зниженню частоти падінь (Kendrick et al., 2014; Kumar et al., 2016; Zhang et al., 2023).

Фармакологічне лікування

У таблиці 3 наведено дані щодо медикаментозного лікування, ефективність якого підтверджена даними рандомізованих контрольованих плацебо досліджень у літніх осіб (віком > 60 років) із тривожними розладами або клінічно значущим станом тривожності. Щодо інших препаратів, які часто використовують на практиці (міртазапін, тразодон або канабіноїди, зокрема канабідіол), нині бракує достатніх доказів для призначення їх пацієнтам цієї вікової категорії (CCSMH, 2019d).

Даних клінічних досліджень на користь фармакотерапії літніх пацієнтів зі специфічними фобіями або страхом падіння немає; у цих випадках лікування ґрунтується на КПТ, зокрема експозиційній терапії. Доступ до ліків і доречність їх призначення є важливими питаннями рівності забезпечення пацієнтів медичною допомогою.

Жінки та літні пацієнти з низьким рівнем доходу частіше стикаються з неналежним призначенням ліків, особливо бензодіазепінів, що підвищує ризик поліпрагмазії, побічних ефектів ліків або лікарської взаємодії (ACINP, 2019; Lau et al., 2022; Grootendorst, 2022; Timony et al., 2022; Canadian Institute for Health Information, 2016).

Рекомендація 28

Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) та селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну (СІЗЗСН) використовуйте як препарати першої лінії фармакотерапії літніх осіб із тривожними розладами *(GRADE: достовірність доказів: низька; сила рекомендації: високий рівень)*.

За даними метааналізів, ці препарати ефективні для лікування пацієнтів із ГТР, панічним розладом та РСТ, їх застосування сприяє зменшенню виразності клінічних ознак, поліпшує функціонування та якість життя таких пацієнтів (Alaka et al., 2014; Davidson et al., 2008; Katz et al., 2002; Lenze et al., 2009; Lenze, Mulsant, Shear, et al., 2005; Schuurmans et al., 2006; Usmani et al., 2018).

Сертралін, есциталопрам і венлафаксин мають сприятливий профіль фармакокінетики та переносимості в літніх пацієнтів; дулоксетин рекомендовано як препарат другої лінії лікування через потенційну взаємодію з ферментом CYP2D6.

Рекомендація 29

Не використовуйте бензодіазепіни для лікування літніх осіб із тривожністю, крім випадків, коли нефармакологічні втручання та препарати першої лінії неефективні, або слід призначати їх короткостроково (2–4 тижні) до настання ефекту лікарських засобів першої лінії *(GRADE: достовірність доказів: дуже низька; сила рекомендації: умовно протилежна)*.

Не доведено довгострокової ефективності застосування бензодіазепінів для лікування літніх осіб; використання цих лікарських засобів може бути пов'язане із ризиком падінь, порушень когнітивних функцій, розвитку залежності та інших серйозних небажаних побічних реакцій (CCSMH, 2019b; Guina and Merrill, 2018). Підхід до призначення бензодіазепінів у згаданій популяції пацієнтів передбачає оцінювання ризику, їх інформування, спільне планування короткострокового застосування та ретельний нагляд (CCSMH, 2019b).

Таблиця 3. Фармакотерапія пацієнтів літнього віку з тривожними розладами

	Початкова доза	Терапевтична доза	Максимальна доза	Особливості призначення та застереження
Перша лінія терапії (будь-який із зазначених препаратів)				
Есциталопрам	2,5–5 мг/добу	10–20 мг/добу	10 мг* на добу	Подовження інтервалу QT
Циталопрам	5–10 мг/добу	20–30 мг/добу	20 мг* на добу	
Сертралін	25–50 мг/добу	50–200 мг/добу	200 мг/добу	Показаний за ГТР, панічного розладу, РСТ
Венлафаксин	37,5 мг/добу	150–300 мг/добу	300 мг/добу	
Друга лінія терапії				
Дулоксетин	30 мг/добу	60–120 мг/добу	120 мг/добу	Інгібітор та субстрат CYP2D6, ризик лікарської взаємодії
Буспірон	5 мг двічі-тричі на добу	10 мг тричі на добу	10 мг тричі на добу	За помірної тривожності в разі низької переносимості препаратів першої лінії
Призначення лише за особливих обставин				
Кветіапіну фумарат пролонгованої дії	50 мг/добу	100–200 мг/добу	300 мг/добу	Низька переносимість у виснажених пацієнтів літнього віку
Кветіапіну фумарат	12,5–25 мг раз / двічі на добу	50–100 мг двічі на добу	150 мг двічі на добу	
Прегабалін	25 мг/добу	75–150 мг двічі на добу	150 мг двічі на добу	Складнощі переносимості, обмежені докази щодо ефективності
Лоразепам	0,25–0,5 мг/добу	0,25–0,5 мг двічі на добу	Не перевищувати дозу 2 мг/добу	Короткострокова терапія, обмеження тривалості призначення
Клоназепам	0,125–0,25 мг/добу	0,125–0,25 мг двічі на добу	Не перевищувати дозу 1 мг/добу	Препарат тривалої дії, слід уникати призначень особам літнього віку

Примітки: ГТР — генералізований тривожний розлад, РСТ — розлад соціальної тривоги. * Максимальні дози затверджено Міністерством охорони здоров'я Канади на основі спостережних даних щодо подовження інтервалу QT в осіб літнього віку, хоча клінічна значущість цих висновків залишається суперечливою (Crépeau-Gendron et al., 2019; Kimura et al., 2023). Якщо прийнято рішення про підвищення дози понад максимальну затверджену, всі потенційні ризики слід обговорити з пацієнтом, необхідно періодично контролювати можливі зміни інтервалу QT та уникати поєднання з іншими препаратами, які мають подібний потенціал.

Адаптовано згідно з CCSMH (2024). Canadian Guidelines for the Assessment and Treatment of Anxiety in Older Adults. 25 Jan. 2024. URL: https://ccsmh.ca/areas-of-focus/anxiety/clinical-guidelines

Рекомендація 30

Розгляньте призначення буспірону для лікування осіб літнього віку із ГТР легкої та середньої тяжкості, якщо застосування препаратів першої лінії неефективне або пацієнт їх погано переносить *(GRADE: достовірність доказів: низька; сила рекомендації: умовна)*.

Власне, за результатами трьох досліджень із використання буспірону отримано дані щодо його помірної ефективності з незначними небажаними побічними реакціями за лікування пацієнтів із ГТР. Однак необхідність триразового приймання на добу обмежує зручність застосування цього препарату. Буспірон може бути варіантом вибору для пацієнтів із ГТР легкої або середньої тяжкості перебігу з непереносимістю антидепресантів. Даних ефективності застосування буспірону в літніх осіб за тяжкого або їх резистентному перебігу тривожних розладів немає.

Рекомендація 31

Для лікування літніх осіб із тривожними розладами не призначайте кветіапін у плановому порядку, за винятком клінічних випадків, коли немедикаментозна терапія та препарати першої лінії неефективні *(GRADE: достовірність доказів: низька; сила рекомендації: умовно протилежна)*.

Так, за даними єдиного дослідження за участю 450 літніх пацієнтів із ГТР (середній вік становив 71 рік), використання форми кветіапіну з пролонгованим вивільненням (дозу титрували до максимальної — 300 мг/добу, середня доза становила 168 мг/добу) сприяло зменшенню рівня тривожності та поліпшувало якість життя учасників, проте загальний терапевтичний ефект був помірним (Mezhebovsky et al., 2013).

Застосування вказаного препарату супроводжувалось ефектами підвищеної седації. Відомі ризики використання кветіапіну (седація, порушення рівноваги з ризиком падіння, гіпотензія, порушення когнітивних функцій, метаболічні ефекти, подовження інтервалу QT, ризик інсульту / летального результату в осіб із деменцією) обмежують його призначення.

Антипсихотичні препарати не рекомендовано призначати в плановому порядку пацієнтам похилого віку з тривожними розладами. Якщо випробувані препарати першої лінії неефективні, можливо розглянути призначення кветіапіну, але лише за умов ретельного обговорення ризиків і поступового титрування дози з моніторингом небажаних побічних реакцій.

Рекомендація 32

Для лікування осіб похилого віку з тривожністю призначайте прегабалін лише за неефективності немедикаментозної терапії та препаратів першої лінії *(GRADE: достовірність доказів: дуже низька; сила рекомендації: умовно протилежна)*.

За висновками єдиного виконаного дослідження щодо ефективності застосування прегабаліну в літніх пацієнтів із ГТР (середня доза 270 мг/добу), виявлено статистично значущий, але клінічно сумнівний ефект щодо впливу на ознаки тривожності і без досягнення стану ремісії. Частими були випадки припинення лікування препаратом через низьку переносимість. На відміну від пацієнтів молодшого віку з підтвердженою ефективністю застосування прегабаліну, у літніх осіб ризики його застосування зростають пропорційно віку, кількості супутніх захворювань та рівню виснаженості організму (Feltner et al., 2011; Greist et al., 2011; Hadley et al., 2012; Kasper et al., 2014; Muanda et al., 2022).

Серед найчастіших небажаних побічних реакцій — шлунково-кишкові розлади, запаморочення та ускладнення з боку серцево-судинної системи (Pan et al., 2022). Зважаючи на це, прегабалін не рекомендовано призначати в плановому порядку, проте він може бути варіантом обережного вибору для пацієнтів із резистентною до терапії тривожністю, за умови індивідуального оцінювання ризику та користі. Даних щодо застосування габапентину в пацієнтів літнього віку не виявлено через брак відповідних досліджень.

Підготувала ***Наталія Савельєва-Кулик***

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.ccsmh.ca