

Распространенность депрессивных расстройств и результаты психотерапии у пожилых в социальной службе

Ю.А. Прудникова

Prevalence of depressive disorders and results of psychotherapy at elderly in a social service

Y. A. Prudnikova

Резюме

Целью исследования явилось изучение распространенности депрессивных и субсиндромальных расстройств у пожилых, клиентов социальной службы Томской области (Западная Сибирь). Исследование распространенности депрессивных и субсиндромальных расстройств в медико-реабилитационном геронтологическом центре у 1000 клиентов 65 лет и более в течение 1 года показало распространенность депрессий 8,7%, субсиндромальных ее проявлений 22,4%. Депрессий значительно меньше среди лиц, состоящих в браке, чем у вдовых. В результате психотерапии у 15 % пожилых уровень депрессивных расстройств снизился на 4,27 балла по шкале Гамильтона до уровня полной ремиссии. **Ключевые слова:** клиническая депрессия, субсиндромальная депрессия, старший возраст, социальная служба, психотерапия.

Summary

Investigation of prevalence of depressive and subsyndromal disorders at a medico-rehabilitative geriatric center in 1000 customers at the age of 65 years and more during a year has shown prevalence of depressions – 8,7%, its subsyndromal manifestations – 22,4%. There were significantly less depressions among married persons than divorced ones. In result psychotherapy at 15 % the elderly level depressive of frustration has decreased on 4,27 numbers on a scale Hamilton to a level complete recovery.

Key words: acute prevalence, clinical depression, subsyndromal depression, elder age, social service.

Введение

Депрессивные расстройства широко распространены среди пожилых людей и приводят к инвалидизации в связи с полиморбидностью в результате соматических заболеваний. В старшей возрастной группе клиническая очерченность большого депрессивного расстройства в меньшей степени, чем в зрелом возрасте, удовлетворяет четким современным классификационным критериям [1] и вариабельность распространенности депрессивных расстройств (ДР) варьирует от 1,3% в Великобритании,

3,7% в США до 17,8% в Германии [2] среди обследованных, живущих в сообществе.

Из всех клинических критериев депрессии в старшей возрастной группе на первый план выступают две особенности симптоматики депрессивного расстройства: людям старшего возраста с депрессивными расстройствами субъективно менее заметно снижение настроения, чем молодым пациентам, даже тогда, когда наблюдателю эти люди кажутся подавленными [3]. Другое наблюдение показало, что ипохондрическая озабоченность обнаруживается гораздо чаще у пожилых пациентов, чем у молодых [4]. Эти сведения позволяют предположить, что люди старшего возраста с ДР, вероятно, обращаются к врачам-терапевтам, потому что обеспокоены своим здоровьем в целом, чем симптомами, специфичными для депрессивных расстройств.

На 15-м ежегодном совещании American Association for Geriatric Psychiatry (2002) Н.

Юлия Александровна Прудникова - Свердловская областная психиатрическая больница, психиатр. Сибирский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС, заочная аспирантка

Lavretsky [5] указала, что депрессии следует рассматривать как континуум расстройств, который может развиваться и рецидивировать с течением времени. Клиницисты должны быть готовы признать и лечить симптомы, как бы они ни возникали и в результате чего они бы не происходили. Считается, что легкие депрессии, является относительно распространенным расстройством и часто обнаруживаются у пожилых пациентов вместе сосуществующей соматической патологией, в том числе инсульта, рака, диабета и сердечных заболеваний. Отмечена связь между наличием в семейном анамнезе больших депрессий и легких депрессивных эпизодов у пожилых родственников. Обсуждая заболеваемость, смертность, и ухудшение психосоциального функционирования для легкой депрессии этими авторами считается, что она достаточно близка к большой депрессии, но как болезнь еще плохо изучена и трудно диагностируется. А. Kumar [6] представил результаты корреляционного исследования магнитно-ядерного резонанса у пациентов с начальной малой депрессией и с выраженным развитием большой депрессии в сравнении со здоровыми лицами соответствующего возраста. Это исследование указывает, что структурные мозговые отклонения происходят и при большой и малой депрессии, что может представлять собой нейроанатомическое основание для различных степеней депрессивного расстройства. В последние годы получила развитие концепция субсиндромальной депрессии, поскольку при наличии «подпороговой» депрессии также достаточно серьезно нарушаются социальное функционирование и деятельность, особенно у пожилых людей.

Приведенные данные представляются достаточным аргументом для рассмотрения распространенности в старшей возрастной группе ДР и субсиндромальной депрессии в едином континууме. Также должны быть учтена возможность развития и перехода малой депрессии в большую, и вероятная протяженность резидуальных симптомов депрессии, нарушающих качество жизни и социальное функционирование.

Цель исследования: изучение распространенности депрессивных расстройств и их субсиндромальных проявлений в реабилитационном геронтологическом отделении Комплексного центра социального обслуживания населения (КЦСОН), и исходов психотерапии.

Материал и методы

Исследование проводилось в несколько этапов. На первом этапе были исследованы лица старшей возрастной группы, направленные муниципальными и районными социальными службами для медико-психологической реабилитации в КЦСОН. Для стандартизированной оценки признаков и симптомов депрессии у этих лиц использовалась 15-пунктовая гериатрическая шкала депрессии (GDS) [7]. Всего с помощью GDS было обследовано 1000 человек в течение 1 года. Критерием включения был возраст 65 лет и более, в остальном обследование носило характер сплошного скринингового исследования. Средний возраст респондентов составил на момент обследования 72 года. Распределение по полу было следующим: 201 мужчина и 799 женщин. Диагностика клинических проявлений депрессии и ее типов уточнялась в открытом клиническом интервью, разработанном на основе исследовательских критериев МКБ-10 [1]. На втором этапе из исследования были исключены пациенты, которые отвечали критериям других психических расстройств с депрессивными нарушениями. Для стандартизации клинической типологии использовались диагностические критерии МКБ-10, шкалы депрессии и тревоги Бека, шкала депрессии Гамильтона. Наряду с этим регистрировались данные соматических исследований и диагнозы, с которыми, обследуемые лица поступали в геронтологическое реабилитационное отделение. В спектре соматической патологии преобладали деформирующие остеоартрозы (23,8%), гипертоническая болезнь (16,3%), ишемическая болезнь сердца (15,0%), цереброваскулярные заболевания (10,0% обследованных). На третьем этапе исследования при условии информированного согласия проводилась комплексная индивидуальная и групповая психотерапия в группе пациентов из 60 человек с диагнозами: депрессивный эпизод легкой степени, рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени и дистимия. Групповая и индивидуальная психотерапия проводилась в когнитивно-поведенческой, интерперсональной модальностях с применением аутотренинга и терапии средой, а также с включением в работу клуба пожилых людей. Продолжительность курса психотерапии составляла 21 день в соответствии со сроком пребывания в КЦСОН. Контрольная группа пожилых была сформирована из числа пожилых, имевших депрессив-

Таблица 2. Распределение по степени вероятности субсиндромальной депрессии и клинически выраженных депрессивных расстройств в зависимости от пола.

Уровень депрессии на основе GDS	Пол			
	мужчины		женщины	
	п	%	п	%
0 - 4 балла (не имеют депрессивных расстройств)	97	48,3	231	28,9
5 - 9 баллов (субсиндромальные проявления)	70	34,8	315	39,4
10 - 15 баллов (клинически очерченное депрессивное расстройство)	34	16,9	253	31,7
Всего	201	100,0	799	100,0

Таблица 1. Распространенность субсиндромальной депрессии и депрессивных расстройств у лиц старшего возраста.

Интервалы показателей по GDS	Количество обследованных
	п
0 - 4 балла (не имеют депрессивных расстройств)	328
5 - 9 баллов (субсиндромальная депрессия)	385
10 - 15 баллов (уровень клинически очерченных депрессивных расстройств)	287
Всего	1000

ные расстройства и показания к психотерапии, но отказавшиеся от специализированного лечения и получавших стандартный курс медико-социальной реабилитации (массаж, физиотерапию, ЛФК). Мишенями для когнитивно-поведенческой психотерапии явились депрессивные когниции пожилых в оценке себя, окружающего и будущего, неадаптивный копинг и дисфункциональное поведение, для межперсональной психотерапии потерянные социальные роли и нарушенное межличностное взаимодействие, для аутотренинга – сниженные навыки саморегуляции. Эффективность курса психотерапии оценивалась с помощью шкалы самооценки депрессии Бека и клинической шкалы оценки депрессии Гамильтона.

Результаты

На первом этапе проводилось сплошное исследование с помощью гериатрической шкалы депрессии. Результаты анализа данных, полученных с помощью GDS, представлены в таблице 1.

У 32,8% пожилых отсутствовали депрессивные признаки и симптомы. Значимые депрессивные симптомы выявлены у 67,2% клиентов геронтологического отделения социальной службы. Из них у 38,5% средняя вероятность депрессии и у 28,7% выявлена высокая вероятность депрессии ($p < 0,05$).

В то же время следует отметить, что не только депрессивное расстройство, но и его отдельные симптомы в пожилом возрасте являются тяжелым психологическим бременем для самих страдающих и окружающих их лиц. Даже на подпороговом, субсиндромальном уровнях эта патология утяжеляет клинические проявления хронических соматических заболеваний, пролонгирует болевые ощущения, связанные с остеоартрозом, снижает социальную приспособленность и вовлеченность в микросоциальные группы, способствуя углублению сепарации, в том числе и в связи с ее выраженным влиянием на затруднение когнитивных процессов [8].

Вероятность развития депрессивных расстройств в зависимости от пола обследованных пациентов представлена в таблице 2.

В женской выборке выявлено значимое ($p < 0,05$) преобладание депрессивных симптомов. Кроме того, с женским полом достоверно коррелирует тяжесть депрессии: клинически очерченные депрессивные расстройства у женщин в 2 раза чаще, в то время как частота субсиндромальных де-

прессивных расстройств у пожилых мужчин и женщин достоверно не отличаются ($p > 0,05$).

Таким образом, исследование распространенности депрессивных нарушений у пожилых лиц в социальной службе по показателю их вероятности при контроле по полу указывает, что распространенность депрессий у женщин в два раза больше, чем у мужчин. Полученные данные согласуются с результатами эпидемиологических исследований, характеризующих частоту депрессий в общей популяции [8].

Из других социо-демографических показателей учитывалось семейное положение обследованных. Распределение по семейному положению было следующим: 31,6% на момент обследования были женаты (замужем), 62,5% овдовели, 0,6% проживали раздельно, 4,8% были разведены, 0,4% никогда не состояли в браке и 0,1% сожительствовавали.

Распространенность депрессивных нарушений по шкале GDS в группе пожилых, состоящих в браке составила 53,8% (170 чел. из 316), в группе овдовевших – 73,5% (459 чел. из 625). При этом $p < 0,001$. Полученные данные убеждают, что семейное положение пожилых людей несомненно оказывает влияние на вероятность возникновения депрессивных расстройств.

В целом, исследование указывает на то, что такие социо-демографические показатели, как пол и семейное положение, влияют на распространенность и тяжесть депрессии среди пациентов пожилого возраста.

На втором этапе исследования были проанализированы данные полученные в результате скрининга с помощью GDS и данные открытого клинического интервью по диагностическим исследовательским критериям, разработанным для депрессивных расстройств. Пациенты, показавшие при сплошном обследовании уровень 5-9 баллов в результате клинического интервью вошли в группу субсиндромальных проявлений. Из них, те пациенты, которые отвечали критериям других психических расстройств с депрессивными нарушениями, в данной статье не приводятся. Выраженное снижение показателя распространенности депрессивных симптомов, которые по GDS показали высокий или средний уровень депрессивных признаков, произошло и в результате коррекции в соответствии с таким критерием, как постоянство и длительность депрессивного расстройства за

Таблица 3. Распространенность депрессивных расстройств у пожилых людей в сравнении с частотой этих расстройств в службах социальной защиты других стран.

Авторы	Страна	Распространенность (%)
Mann et al	США	53
(1984)[2]	Великобритания	83
Snowdon (1986)[2]	Германия	55
Ames (1990)[2]	Австралия	18
Rovner et al (1991)[2]	Великобритания	34
	США	13
Корнетов Н.А., Прудникова Ю.А. (2001) [9]	Россия, Западная Сибирь	8,7

Таблица 4. Динамика депрессивных расстройств после курса психотерапии.

	Средний балл в клинической группе		Средний балл в контрольной группе	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
По шкале самооценки депрессии Бека	31, 0±0,6	17,6±0,4	28,2±2,3	24,7±2,2
По клинической шкале депрессии Гамильтона	10,85±0,6	6,58±0,6	10,9±0,7	9,55±0,6

определенный временной промежуток. В результате окончательных клинических обследований только 8,7% пожилых имели депрессивные расстройства.

При клиническом анализе (в соответствии с критериями МКБ-10 для аффективных расстройств) все выявленные депрессии отвечали трем основным типам расстройств настроения: депрессивный эпизод – 2,2%, рекуррентная депрессия – 3,8%, дистимия – 2,7%. Эпидемиологические исследования в других странах показывают, что ДР широко распространены среди пожилых людей, находящихся на попечении государства, но они плохо распознаются и не лечатся, даже если они были ранее выявлены медицинскими работниками. В таблице 3 видно, что показатели распространенности колеблются в пределах от 13 до 53%.

Различия в эпидемиологических данных представленных исследователями разных стран могут быть следствием использования различных диагностических критериев. Однако, вероятнее всего, что эти данные демонстрируют более высокий уровень распространенности депрессивных расстройств в домах престарелых, чем в обществе, за счет изменений в самой практике организации домов престарелых, которые в настоящее время стали больше использоваться главным образом для людей с выраженной психической и/или соматической патологией. Что касается относительно низкого процента депрессивных расстройств в реабилитационном геронтологическом отделении КЦСОН, то это связано с тем, что структура, цели и задачи КЦСОН отличаются от функций домов престарелых, и главная его задача состоит в ресоциализации пожилых.

Клинико-типологически депрессивные расстройства у пожилых, клиентов социальной службы были представлены депрессивным (в 45% случаев), тревожно-депрессивным (31,7%) и анергическим (23,3%) синдромами.

Анализ результатов психотерапии депрессивных расстройств свидетельствовал о положительном эффекте комплексного лечебного воздействия на психопатологическую симптоматику. Средний балл по опроснику самооценки депрессии Бека ко времени начала терапии составил $31,0 \pm 0,6$, по опроснику самооценки тревоги Бека – $17,7 \pm 0,8$, по шкале депрессии Гамильтона $10,85 \pm 0,6$ балла. В таблице 4 даны сравнительные показатели уровня депрессии до и после курса лечения.

При оценке терапевтической динамики клинических показателей с использованием шкалы Гамильтона было отмечено достоверно более выраженное улучшение ($p < 0,01$) у получавших комплексное психотерапевтическое лечение по сравнению с контрольной группой, где курс терапии был ограничен применением только медико-социальной и культуротерапией. У всех пациентов клинической группы произошло заметно более выраженное улучшение и снижение в среднем на 4,27 балла по шкале Гамильтона, что соответствует уровню полной ремиссии, чем у пожилых контрольной группы. По данным самопросника депрессии Бека полное отсутствие симптомов депрессии к концу курса психотерапии показали 15% пожилых и значительное улучшение до уровня единичных симптомов отмечали 60% пациентов. Достоверность данных по шкалам Бека и Гамильтона подтверждена с помощью критерия Пирсона.

Заключение

Суммарная распространенность депрессивных расстройств в специализированном реабилитационном геронтологическом отделении социальной службы в Западной Сибири составляет 8,7%. Из них первичный депрессивный эпизод составил 2,2% случаев, рекуррентная депрессия 3,8%, дистимия – 2,7%. Субсиндромальные депрессивные расстройства были выявлены в 22,4% наблюдений. Частота депрессивных расстройств в популяции пожилых людей, которые находятся под наблюдением социальных служб и проживают в естественных условиях практически не превышают распространенности депрессий в общей популяции. Выявлено значимое преобладание депрессивных расстройств у вдовых лиц в сравнении с состоящими в браке. Также выявлена корреляция женского пола с более тяжелым уровнем депрессивного расстройства. В результате комплексного психотерапевтического лечения, которое включало групповую и индивидуальную психотерапию пожилых в течение 21 дня пребывания в реабилитационном Центре, произошло достоверное снижение тяжести депрессивных расстройств до уровня полной ремиссии среди пациентов с легким уровнем депрессии. Среди мишеней психотерапии были депрессивные когниции в оценке себя пожилыми людьми, окружающего и будущего и дисфункциональное поведение, потерянные социальные роли и нарушенное

межличностное взаимодействие, сниженные навыки саморегуляции. По окончании курса краткосрочной психотерапии пожилые пациенты начинали вести нормальную полноценную жизнь, могли сами создавать новое окружение (выход на работу, расширение круга знакомств в клубе) и могли в нем адекватно функционировать. Если человек переживал утрату, то после лечения

пожилые обретали способность говорить об умершем без боли, без надрыва и напряжения («светлая печаль»).

Включение комплексной психотерапии в мероприятия медико-социальной реабилитации оказывает значительное позитивное влияние на психо-эмоциональное состояние пожилых людей с депрессивными расстройствами.

Литература:

1. Cooper J.E. editor. Pocket guide to the ICD-10. Classification of Mental and Behavioral Disorders with Glossary and Diagnostic Criteria for Research- WHO, Geneva: Churchill Livingstone; 1994.
2. Depressive Disorders in older persons. WPA/PTD Educational Program on Depressive Disorders. Module III, New York; 1999.
3. Georgotas A. Affective disorders in the elderly: diagnostic and research considerations. *Age Ageing* 1983; 12: 1-10.
4. Gurland B., Katz S. The outcomes of psychiatric disorder in the elderly: relevance to quality of life. *Handbook of Mental Health and Aging*. 2nd ed. Los Angeles Academic Press 1992; p.229-248.
5. Lavretsky H. Late-life depressive spectrum disorders: implication for clinical practice/research. (Program and abstracts of the American Association for Geriatric Psychiatry 15th Annual Meeting; 2002 February 24-27; Orlando, Florida; 2002.
6. Kumar A. Non-major clinically significant depression: existing clinical and neurobiological evidence of a continuum. (Program and abstracts of the American Association for Geriatric Psychiatry 15th Annual Meeting 2002 February 24-27; Orlando, Florida; 2002.
7. Yesavage J.A. Geriatric depression scale. *Psychopharmacol Bull.* 1988; 24: 709.
8. Депрессивные расстройства: фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы: сб. матер. междунаучно-практич. конф. / под науч. ред. проф. Н.А. Корнетова. Томск: Изд-во Томского Ун-та; 2003.
9. Прудникова Ю.А. Распространенность, клиническая типология и психотерапия депрессивных расстройств у пожилых в условиях центра социального обслуживания. *Актуальные вопросы психиатрии и наркологии под редакцией академика РАМН В.Я. Семке* Томск: МГП «РАСКО»; 2001; 10: 247-248.