

О.Н.Голоденко

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИЯМИ В ПРЕДСТАРЧЕСКОМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Донецкий государственный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: депрессивные расстройства, предстарческий и пожилой возраст, социально-демографические факторы.

В современных классификациях психических и поведенческих расстройств (DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10) четко проявляется тенденция к расширению диагностических рамок депрессий. Например, в МКБ-10 представлены 26 вариантов депрессивных эпизодов [1]. В клинической практике такое дробление аффективных расстройств, с одной стороны затрудняет поиск адекватных диагностических критериев, с другой, – предполагает достаточно глубокую клиническую дифференциацию всего семейства депрессий [2].

Возникающая при этих состояниях степень социальной дисфункции пациентов определяется тяжестью депрессии. С этой точки зрения умеренные и тяжелые депрессии являются различными заболеваниями: при умеренной депрессии возрастное распределение заболеваний в большей степени связано с социальными факторами, а при тяжелой – с биологическими [3]. Депрессия ухудшает общее самочувствие, выполнение повседневных обязанностей и социально-трудовую деятельность в значительно большей степени, чем хронические соматические заболевания; осложняет их течение и снижает продолжительность и качество жизни [4,5]. Наиболь-

шие проблемы депрессии вызывают у лиц предстарческого и пожилого возраста в силу специфических для этого возраста проявлений тотального физического и психического увядания.

Есть данные о том, что с возрастом происходит трансформация депрессии в сторону меньшей ее выраженности, но большей длительности, а также о значительной частоте депрессий в предстарческом возрасте, по сравнению с пожилым [6], особенно при наличии соматоневрологической патологии [7]. Описана роль стрессогенных факторов в формировании депрессий в пожилом возрасте [8, 9]. Однако дискуссионными остаются многие вопросы относительно реальных предикторов аффективных расстройств и их возрастной динамики. Не достаточно, в частности, описана роль социально-демографических факторов в возникновении депрессий в пожилом возрасте.

Цель настоящей работы: изучить клинико-социальные и демографические особенности больных с депрессивными эпизодами и рекуррентными депрессиями в предстарческом и пожилом возрасте в период их стационарного лечения в психиатрической больнице.

Материал и методы исследования

С помощью разработанной нами унифицированной экспресс-анкеты, в которой отражены демографические, социальные и клинические особенности каждого пациента, проведен клинико-статистический анализ архивных историй болезни лиц, находившихся на лечении в областной психиатрической больнице города Донецка в 2001 году, в возрасте от 45 до 79 лет. Было выявлено 484 пациента предстарческого и пожилого возраста, страдающих различными депрессивными расстройствами, что составляет 4,3% от общего числа пациентов, находившихся в данной больнице за указанный период. Среди них преобладали женщины (74%), их возраст в среднем составил 65 ± 5

лет, средний возраст мужчин — 53 ± 7 лет.

Из всей совокупности больных с депрессивными расстройствами в предстарческом и пожилом возрасте были выделены две категории пациентов: с депрессивными эпизодами и рекуррентными депрессиями.

Депрессивные эпизоды (ДЭ) различной степени выраженности (F32) были выявлены у 40 человек, рекуррентные депрессивные расстройства (РД) — у 112 человек, что составило 1,3% от общего числа госпитализированных и 31,4% от общего количества больных предстарческого и пожилого возраста с депрессивными расстройствами.

Результаты исследования и их обсуждение

Депрессивные эпизоды. Чаще всего диагностировались умеренные ДЭ без соматических симптомов (F32.10) — 15 человек (40%), умеренные ДЭ с соматическими симптомами (F32.11) — 10 человек (25%), тяжелые ДЭ без психотических симптомов (F32.2) — 4 человека (10%), тяжелые ДЭ с психотическими симптомами (F32.3) — 11 человек (25%).

Женщины составили 60% (24 человека), мужчины 40% (16 человек). У 58% женщин возникновение ДЭ совпало с первыми признаками проявлений климактерического синдрома. Средний возраст обследованных (50 ± 5 лет) — был примерно одинаковым в различных клинических группах. Пациенты предстарческого возраста составили 65%, пожилого — 35%. Преобладали лица со стажем работы более 20 лет (90%). 75% пациентов имели среднее специальное и высшее образование — 75% (40% и 35% соответственно).

Нервно-эмоциональные перегрузки на работе испытывали 35% пациентов, 50% больных имели психотравмирующие ситуации в семье (холодно-формальные отношения, конфликты эпизодические и постоянные), 10% (4 человека) не имели семьи и проживали в одиночестве. У 75% больных возникновению ДЭ предшествовали стрессовые ситуации: длительная болезнь или смерть близкого человека, уход за тяжело больным, конфликтные ситуации на работе, увольнение, понижение в должности, длительное соматическое заболевание, злоупотребление алкоголем, одинокое проживание. Все пациенты имели удовлетворительные условия жизни (свой дом — 15%, отдельная квартира — 85%), однако материальное положение у 60% больных было неудовлетворительным.

Анализ семейного положения показал, что имеют полную семью 60% больных (24 человека), 30% (12 человек) потеряли своего супруга (супругу) по причине их смерти, для 4 из них смерть супруга (супруги) предшествовала настоящей госпитализации в психиатрический стационар. 10% больных находятся в разводе. У всех пациентов есть дети, 20% из них (8 человек) проживают с детьми, в том числе 6 вдовствующих, 2 пациента в разводе.

Основная масса больных (65%) алкоголь в последние годы не употребляет. Злоупотребляют алкоголем до 2-3 раз в неделю 20% (8 чело-

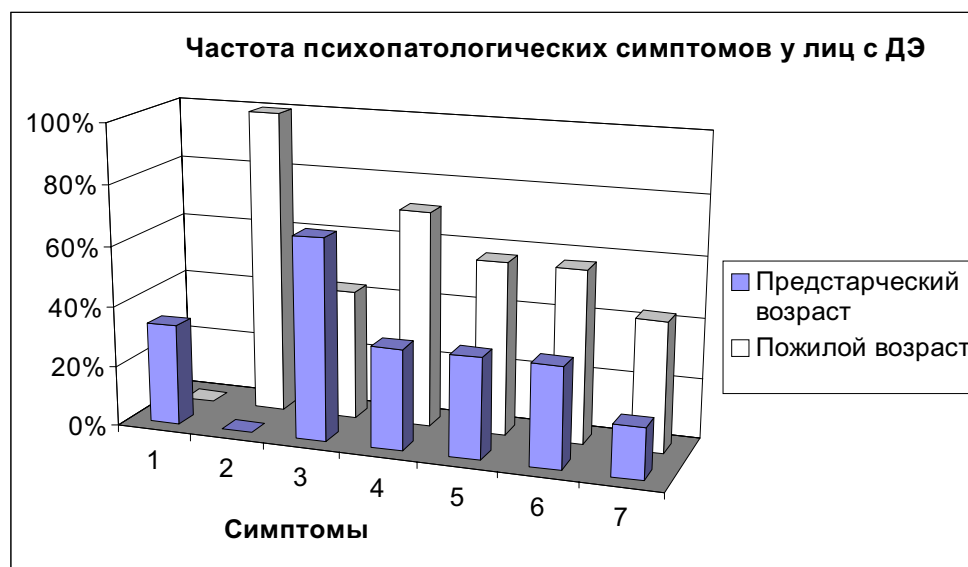
век - 6 мужчин, 2 женщины). Четверо из них (2 мужчины и 2 женщины) в прошлом находились на лечении в наркологическом отделении, 4 пациента стали злоупотреблять алкоголем последние несколько месяцев, в связи с перенесенной ими психотравмирующей ситуацией. Принимают алкоголь эпизодически 15% больных. У 10% больных установлена отягощенная наследственность. Их родственники находились на лечении по поводу депрессивных расстройств и шизофрении.

Соматические заболевания с преобладанием хронической динамики выявлены у 60% больных, в том числе: заболевания сердечно-сосудистой системы — у 40%, заболевания желудочно-кишечного тракта — у 15%, эндокринные заболевания (сахарный диабет) — у 5%. У 40% пациентов грубой соматической патологии не установлено.

Ранее к психиатру обращались лишь 15% пациентов (лица, злоупотребляющие алкоголем). Остальные пациенты (85%) в психиатрическую больницу были госпитализированы впервые. Возраст возникновения ДЭ составил 45 лет и более (45-59 лет — 65%, 60-79 лет — 35%). Длительность психического заболевания не превышала 5 лет.

Депрессивные эпизоды, проявившиеся в предстарческом и пожилом возрасте, имели ряд общих клинических признаков. В обеих группах они характеризовались подостро возникающим угнетением настроения, снижением общей активности, жизненно важных потребностей и влечений. Непосредственным основанием для госпитализации чаще всего являлись бездеятельность и «мрачные» мысли больных, достаточно рельефно выступавшие в обычной жизни. В 75% случаев ДЭ возникали в условиях острого (реже затяжного) ассоциированного стресса и содержали в себе психологически понятное снижение «аффективного резонанса». У 25% больных ДЭ характеризовались аутохтонными проявлениями витальной тревоги, переживаниями тотального личного и семейного благополучия с клинически очерченными суицидальными тенденциями. В этих случаях речь шла о депрессивных расстройствах психотического регистра.

Возрастные различия клинических проявлений депрессивных расстройств в рамках ДЭ представлены на диаграмме 1.



1. Слуховые галлюцинации. 2. Нарушения когнитивных функций (памяти). 3. Качественные нарушения мышления. 4. Нарушения скорости мышления. 5. Апатия. 6. Суицидальные мысли. 7. Висцеро-вегетативные нарушения.

Из диаграммы 1 видно, что для ДЭ, возникающих в предстарческом возрасте с высокой степенью достоверности более характерными оказались отрывочные слуховые галлюцинации ($p < 0,00025$) и качественные нарушения мышления в виде идей самообвинения и навязчивых мыслей ($p < 0,00065$). В то же время депрессивные эпизоды в пожилом возрасте чаще проявлялись нарушениями когнитивных функций, темпа ассоциативной деятельности, апатией. В этом возрасте в два раза чаще, чем в предстарческом ($p < 0,00065$) встречались суицидальные стигмы и в три раза чаще — висцеро-вегетативные нарушения: тахикардия, сердцебиение, повышение АД ($p < 0,001$).

Следует отметить, что первичный аффективный приступ не исключал возможности его рецидивов с последующей рекуррентной динамикой заболевания, однако дебютная депрессивная симптоматика не содержала клинических признаков, которые можно было бы использовать в качестве надежных предикторов неблагоприятных исходов депрессивных эпизодов.

Рекуррентные депрессивные расстройства. Больные с рекуррентными депрессивными расстройствами, встречавшимися в 3 раза чаще ДЭ, по степени тяжести аффективных нарушений были разделены на следующие группы: текущий эпизод легкой степени без соматических симптомов — 12 человек (10,7%); текущий эпизод умеренной тяжести — 74 человека (66,0%), в том числе 48 человек (42,8%) с соматическими симптомами; тяжелый текущий эпизод без психо-

логических симптомов — 16 человек (14,3%); тяжелый текущий эпизод с соматическими симптомами — 10 человек (9,0%).

Женщин было 85,7%, мужчин — 14,3%, в том числе в предстарческом возрасте — 86,0%, в пожилом — 14,0%. Все мужчины достигли предстарческого возраста. Женщин в этой возрастной группе было 83,4% (45-55 лет — 60,4%; 55-60 лет — 23,0%), а в пожилом возрасте — 16,6%. 50% больных имели среднее образование, 26,8% — высшее и 23,2% — начальное образование.

Как и в группе пациентов с ДЭ, стаж работы пациентов с РД превышал 20 лет (91%). Пациенты со стажем работы от 20 до 29 лет составили 41%, более 30 лет — 50%, а со стажем от 10 до 19 лет — 9%. Вредности на производстве (нервно-эмоциональные и физические перегрузки) встречались у 32,1% пациентов, психотравмирующие ситуации в семье (холодно-формальные отношения, конфликты эпизодические и постоянные) у 26,8%. 32 человека (28,6%), главным образом женщины (28 человек; 87,5%), составили одиноко проживающие люди, для 16% из них ситуация одинокого проживания явилась хроническим психотравмирующим фактором, что способствовало возникновению очередного обострения РД.

59,0% пациентов состояли в зарегистрированном браке, в разводе находится 32,0% пациентов (женщины — 26,8%, мужчины — 5,3%), вдовствующих пациентов — 9,0% (10 человек). 10,7% пациентов (12 человек) проживают с детьми (4 — вдовствующих, 8 — в разводе). В число одиноко

проживающих вошли 6 вдовствующих и 26 человек, расторгнувших брак. С родителями проживает 3,6% больных (4 человека). 7,1% больных не имеют детей.

Условия проживания пациентов исследуемой группы можно оценить, как хорошие (свой дом — 46,4%, отдельная квартира — 53,6%), материальное положение в основном было удовлетворительное (69,7%), т.е. значительно лучшим, чем у пациентов с ДЭ ($p < 0,001$).

23,2% больных имеют инвалидность (II группа — 12,5%, III группа — 10,7%) в связи с психическим заболеванием. Пациентов с отягощенной наследственностью было 9,0%. Большая часть их родственников находилась на лечении по поводу депрессивных расстройств.

Соматическими заболеваниями страдают 59,0% больных, в том числе заболеваниями сердечно-сосудистой системы — 25,0%, заболеваниями желудочно-кишечного тракта — 23,2%, эндокринными расстройствами — 8,9%, хроническими заболеваниями органов дыхания — 1,8%. Хроническое течение соматического заболевания отмечено у 97,0% больных (длительность более 5 лет — 48,5% больных, от 1 до 5 лет — 48,5%). У 41,0% пациентов серьезной соматической патологии не выявлено.

Ранее к психиатру обращались 91,0% пациентов исследуемой группы. Число госпитализаций от 2 до 5 было у 48,2% больных, от 6 до 10 — у 25,0%, от 11 до 20 — у 10,7%, более 20 — 1,8%. Остальные пациенты (14,3%) — госпитализировались впервые. Тяжесть заболевания не зависела от количества госпитализаций.

У большей части пациентов (62,5%) рекуррентное депрессивное расстройство дебютировало в предстарческом возрасте, а у 12,5% — в пожилом. У остальных пациентов психическое расстройство возникло в возрасте до 45 лет (25,0%). Для 27,0% женщин начало рекуррентного депрессивного расстройства совпало с наступлением климактерического синдрома. Длительность заболевания менее 5 лет установлена у 50,0% пациентов, от 5 до 10 лет — у 21,6%, более 10 лет — у 28,4% больных.

Рекуррентные депрессии в предстарческом и особенно в пожилом возрасте нередко приобретали затяжное течение. Даже в межприступном периоде не происходило полного восстановления психического функционирования. У больных наблюдались различной интенсивности апатические расстройства, что позволя-

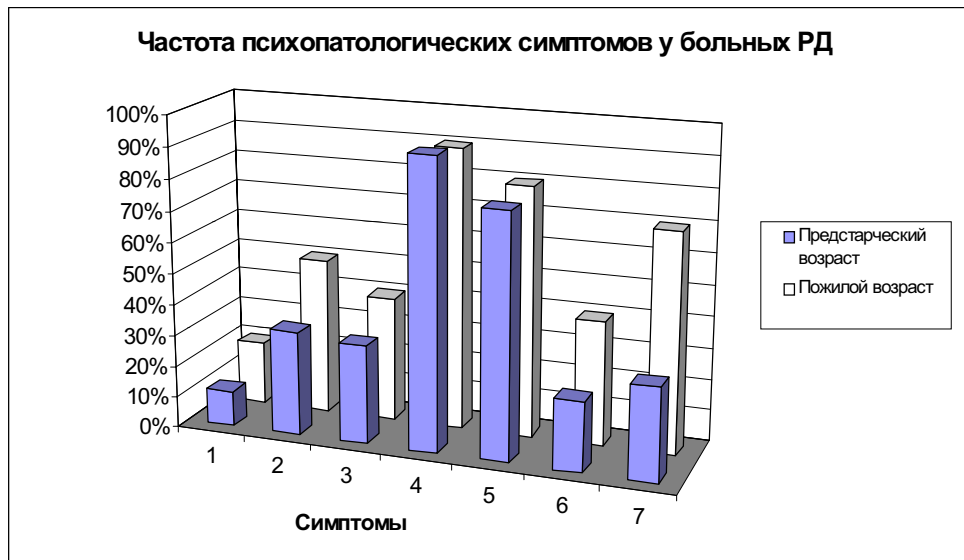
ет рассматривать РД у пожилых как вариант апатической депрессии.

Утяжеление заболевания с возрастом отмечалось у 39,2% пациентов. Оно характеризовалось появлением продуктивной симптоматики, суицидальных попыток, неприятных ощущений в виде сенестопатий. Косвенным подтверждением неблагоприятной динамики явилось увеличение числа койко-дней, проведенных пациентом в клинике. Для 26,0% пациентов число койко-дней в последние 1-2 госпитализации увеличилось от 20 до 30 дней. У 37,5% больных с возрастом число госпитализаций по поводу РД увеличилось. Причем, поддерживающую терапию в промежутках между обострениями принимали нерегулярно 64,2% больных, для 25% из них это стало причиной последней госпитализации. Только 25% больных соблюдали назначения врача и регулярно принимали поддерживающую терапию.

Установлено, что в большинстве случаев возникновению или очередному обострению РД предшествовали стрессовые ситуации. Для 16,0% пациентов психотравмирующей ситуацией явилось длительное проживание в одиночестве. Длительная болезнь или смерть близкого человека, уход за тяжело больным наблюдались у 14,3% больных. Конфликтные ситуации на работе, увольнение, понижение в должности, сложные, эмоционально напряженные, отношения в семье — у 60,7% пациентов. Длительное соматическое заболевание, как фактор, тяжело переживаемый человеком, было выявлено у 3,6% больных. Для 5,4% пациентов обострение заболевания не было ассоциировано со стрессогенными влияниями.

Анализ частоты клинических проявлений депрессий в различные возрастные периоды позволил установить, что в пожилом возрасте достоверно чаще, чем в предстарческом встречаются слуховые галлюцинации ($p < 0,0047$), нарушения когнитивных функций, суицидальные мысли и висцеро-вегетативные нарушения ($p < 0,0034$). Частота других диагностических признаков существенных различий в сравниваемых группах не имела. Наиболее часто встречающимся признаком в этих группах больных оказалось нарушение скорости мышления.

Возрастные различия клинических проявлений депрессивных расстройств в рамках РД представлены на диаграмме 2.



1. Слуховые галлюцинации. 2. Нарушения когнитивных функций (памяти). 3. Качественные нарушения мышления. 4. Нарушения скорости мышления. 5. Апатия. 6. Суицидальные мысли. 7. Висцеро-вегетативные нарушения.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что среди стационарных больных пожилого и предстарческого возраста с депрессивными расстройствами преобладают женщины с умеренно выраженными депрессивными эпизодами и рекуррентными депрессиями. Рекуррентная динамика аффективных расстройств встречается в три раза чаще эпизодических приступов. Выявлено обилие стрессогенных факторов как в отдаленном анамнезе, так и в жизненных ситуациях, непосредственно предшествовавших дебюту или обострению депрессий. Несколько неожиданной оказалась относительно меньшая роль

соматогенных факторов: даже при наличии хронических соматических заболеваний они чаще всего рассматривались как коморбидные состояния, существенно не влияющие на тяжесть депрессии.

Общая возрастная специфика ДЭ и РД проявилась в большей частоте нарушений когнитивных функций и висцеро-вегетативных расстройств в пожилом возрасте.

Установленные социально-демографические особенности депрессий в предстарческом и пожилом возрасте можно использовать для разработки индивидуальных медико-социальных реабилитационных программ.

О.М.Голоденко

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНІ ТА ДЕМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСІЙ ПЕРЕДСТАРЕЧОГО І ПОХИЛОГО ВІКУ

Донецький державний медичний університет, Україна

За допомогою оригінальної уніфікованої експрес-анкети проведений клініко-статистичний аналіз 152 архівних історій хвороб осіб у віці від 45 до 79 років. Серед них із депресивними епізодами різного ступеня виявлення – 40 осіб, із рекуррентними депресивними розладами – 112 осіб. Подані демографічні і соціальні характеристики хворим з даними депресивними розладами. Виявлені особливості перебігу депресій у осіб похилого і передстаречого віку. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 92-97)

**CLINIC AND SOCIAL AND DEMOGRAPHIC PECULIARITIES OF DEPRESSIONS IN
ELDERLY AND PRE-SENILE AGE**

Donetsk State Medical University, Ukraine

Clinical and statistical analysis of 152 medical histories of patients aged 45-79 was carried out using original unified express-questionnaire. Among them 40 persons had depressive episodes of various expressivity, 112 had recurrent depressive disorders. Demographic and social characteristics of patients with mentioned depressive disorders are given. Some special features of the course of depressions of elderly and pre-senile individual's are discovered. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 92-97)

Литература

1. Голдберг Д., Хаксли П. Распространенные психические расстройства. Биосоциальная модель. - Киев, 1999. - 255с.
2. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства – диагностические “невидимки” в психиатрической и общемедицинской практике // Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - № 3.-С. 85-90.
3. Bebbington P., Brugha T., MacCarthy B. et al. The Camberwell Collaborative Depression Study: I. Depressed probands: adversity and the form of depression//British Journal of Psychiatry. - 1988. - № 152. - 754-765 p.
4. Monfano B.C. // J. Clin. Psychiatry. - 1994. – 55 (Suppl.12). - P. 18-34.
5. Nemeroff Ch.B. //J. Clin. Psychiatry. - 1994. –55 (Suppl.12). –P. 3-15.
6. Трифонов Е.Г. Клиническая характеристика и эффективность лечения пациентов дневного геронтопсихиатрического стационара // Журн. неврол. и психиатрии. - 1999. - Т.99, № 2. - С. 43-46.
7. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. - М.: Медицинское информационное агентство, 2001. - 16, 84 с.
8. Brilman EI, Ormel J. Life events, difficulties and onset of depressive episodes in later life // Psychol Med. – 2001. - Jul; 31 (5). - С. 859 - 869.
9. Bron B. Grief and suicidal behavior after losing a close person in endogenous and neurotic reactive depression in advanced age // Schweiz Arch Neurol Psychiatr. - 1991. - 142(3). - С. 219 - 233.

Поступила в редакцию 18.05.2002г.