

Психосоциальные характеристики лиц пожилого возраста с непсихотическими психическими расстройствами

А.Г. Соловьев, И.А. Новикова, В.В. Местечко
Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Резюме. С целью выявления психосоциальных характеристик лиц пожилого возраста с непсихотическими психическими расстройствами в Архангельской области обследованы пациенты психотерапевтического отделения: I группу составили лица в возрасте 60 лет и более, II — 40–59 лет. Установлено, что среди лиц пожилого возраста с НПП каждый третий имеет высшее образование и продолжает профессиональную деятельность, 2/3 — не имеют семьи и проживают одиноко. Среди них в два раза чаще встречаются органические непсихотические расстройства, но реже — невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства; отмечены выраженные субъективные нарушения в психологическом, социальном и соматическом функционировании, наличие высокой ситуативной тревожности, ригидности, эмоциональной неустойчивости, обидчивости, замкнутости и отгороженности от окружающих. 60% больных старше 60 лет имеют соматическуюотягощенность. Обоснована необходимость учета психосоциальных характеристик лиц пожилого возраста с непсихотическими психическими расстройствами при назначении психофармакотерапии и организации оказания психотерапевтической помощи.

Ключевые слова: лица пожилого возраста, непсихотические психические расстройства, психосоциальные характеристики.

Psychosocial characteristics of elderly with non-psychotic mental disorders

A.G. Soloviev, I.A. Novikova, V.V. Mestechko
Northern State Medical University, Arkhangelsk

Summary. In order to identify the psychosocial characteristics of older people with non-psychotic mental disorders in the Arkhangelsk region patients of psychotherapy department were surveyed: I group consisted of persons aged 60 and over, II — 40–59 years. Every third of older people has a higher education and continuing professional activities, two thirds — do not have a family and live alone. There are two times more common organic non-psychotic disorders among them, but rarely — neurotic, stress-related and somatoform disorders, marked by pronounced subjective disorders in the psychological, social and somatic functioning; the presence of high situational anxiety, rigidity, emotional instability, resentment, isolation and withdrawing from others. 60% of patients over age 60 have a somatic severity. The necessity of taking into account the psychosocial characteristics of elderly patients with non-psychotic mental disorders in the appointment of psycho-pharmacological and psycho-therapeutic organizations providing assistance was done.

Keywords: elderly, non-psychotic mental disorders, psychosocial characteristics.

Введение

Современные социально-демографические процессы характеризуются увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста в популяциях разных стран, что актуализирует проблемы, связанные с их психическим здоровьем [13]. Известно, что распространенность психических расстройств среди лиц в возрасте старше 60 лет выше, чем среди населения, в целом [6, 9]; по данным эпидемиологических исследований она составляет 27,4% [4]. Тяжелые когнитивные расстройства имеют высокую распространенность в популяции пожилых людей; деменция тяжким бременем ложится на членов семьи, становясь психологической и социальной проблемой [14].

Непсихотические психические расстройства (НПП) являются наиболее распространенными психическими нарушениями среди лиц пожилого возраста, а среди них наиболее часты аффектив-

ные нарушения [6]. Так, признаки выраженной депрессии обнаруживаются у 13,5% лиц старшей возрастной группы [17], а большой депрессивный эпизод — у 3% мужчин и 4% женщин в возрасте старше 65 лет [19]; распространенность депрессий составляет 12,3% (14,1% у женщин и 8,6% у мужчин) [14]. Депрессия является предиктором увеличения риска смерти у лиц старше 60 лет в первые шесть месяцев после перенесенного инфаркта миокарда, а также увеличивает риск совершения суицидной попытки [12]. Наличие депрессии увеличивает риск развития легких когнитивных нарушений и может служить предиктором усугубления степени когнитивных нарушений у пациентов, страдающих расстройством интеллектуально-мнестических функций [7, 16, 18]. В структуре НПП у пожилых, обратившихся за психотерапевтической помощью, преобладают органические непсихотические, невротические и соматоформные расстройства [5].

Лица пожилого возраста очень часто имеют коморбидные расстройства депрессивного спектра на фоне соматической патологии, что требует обязательного привлечения специалистов терапевтического и психиатрического профилей [1]. Среди пациентов пожилого и старческого возраста терапевтического, кардиологического, неврологического, травматологического отделений НПП встречаются у 73,8% [12]; среди них органическое эмоционально-лабильное расстройство наблюдается у 44% пациентов, аффективные расстройства – у 22%, соматоформные расстройства и невротические, связанные со стрессом – у 14,6%, органическое расстройство личности – у 9%, расстройства личности – у 4,8%, органическое мнестическое расстройство – у 3,2%. У 78% больных имеет место два и более соматических заболевания [3]; частота депрессивных расстройств в гериатрическом соматическом стационаре составляет до 65% [1].

В пожилом возрасте характерна затяжная динамика НПП, в благоприятных случаях постепенно переходящих в остаточные невротические состояния, при которых стираются различия между отдельными формами заболевания [4]. Исходы депрессивных расстройств характеризуются клиническим полиморфизмом – от интермиссии до постоянно сохраняющихся резидуальных расстройств. У 43,3% больных имеет место благоприятный вариант исхода с полной редукцией аффективных расстройств и восстановлением психосоциальной активности, у 56,7% — неблагоприятный вариант. К неблагоприятным прогностическим признакам у лиц пожилого возраста относятся: возникновение заболевания в возрасте старше 70 лет, коморбидность депрессивного расстройства с полиморфными невротическими и когнитивными расстройствами, проживание вне семьи (вследствие худшей комплаентности больных) [11].

НПП у лиц пожилого возраста влекут за собой изменения социальной жизни, в частности, обеднение контактов с общественной средой, ограничение или полное отсутствие внутрисемейного общения или отгороженность от социального окружения в рамках семьи. Факторы среды (неблагоприятные внутрисемейные, межличностные, производственные взаимоотношения) играют существенную роль не только в возникновении НПП, но и в психопатологическом их оформлении и особенностях течения заболевания [4].

Несмотря на имеющиеся в литературе исследования, посвященные аспектам распространенности, клинического течения НПП в пожилом возрасте, до сих пор остаются малоизученными вопросы психосоциальных характеристик больных.

Целью исследования явилось выявление психосоциальных характеристик лиц пожилого возраста с НПП.

Материал и методы исследования

Нами обследовано 35 пациентов психотерапевтического отделения ГБУЗ АО «Архангельский психоневрологический диспансер» с НПП; в т.ч. I

группа — включала 17 человек в возрасте 60 лет и более ($63,7 \pm 4,4$ года), II группа – 18 человек в возрасте 40-59 лет ($53,0 \pm 6,0$ года). Среди обследуемых I группы было 15 женщин, а II – 17.

Использовались методы анкетирования, клинической беседы и психодиагностического обследования. Последний включал: методику диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина; методику дифференциальной диагностики депрессивных состояний Занга, адаптированную Т.И. Балашовой; методику диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона; методику диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН); опросник Мини-мульти.

С помощью методики диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина оценивался уровень ситуационной и личностной тревожности. Методика включает в себя 40 вопросов; значения до 30 баллов оценивались как низкая, 31-45 – средней степени, 46 и более баллов – высокая тревожность [8].

Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Занга, адаптированная Т.И. Балашовой и состоящая из 20 вопросов, была направлена на оценку уровня депрессии. Значения не более 50 баллов говорят о состоянии без депрессии, 50-59 баллов – легкой депрессии, 60-69 баллов – субдепрессивном состоянии, более 70 – истинном депрессивном состоянии [20].

Степень одиночества оценивалась по методике диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона, включающей 20 вопросов. О высокой степени одиночества свидетельствуют результаты от 40 до 60 баллов, среднего уровня — от 20 до 40 и низкого уровня одиночества — от 0 до 20 баллов [10].

Методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения включала 30 пар противоположных характеристик для самооценки; средний балл шкалы равен 4; оценки, превышающие 4 балла, говорят о благоприятном состоянии, ниже – свидетельствуют об обратном; нормальная оценка состояния лежит в диапазоне 5,0-5,5 балла [10, 15].

Особенности личности определялись с помощью опросника Мини-мульти (сокращенный вариант миннесотского многомерного личностного перечня ММРП), включающего 71 утверждение, 11 шкал, из них 3 – оценочные. Высокими оценками по всем шкалам, после построения профиля личности, являются превышающие 70-Т баллов; низкими – ниже 40 [2].

Статистический анализ осуществлялся с помощью программы SPSS 18.0. Для оценки достоверности различий использовались критерии Стьюдента и Фишера.

Результаты и обсуждение

Анализ социального статуса пациентов показал, что среди лиц I группы работающими были 29,4%, а II – 44,4%. По профессионально-

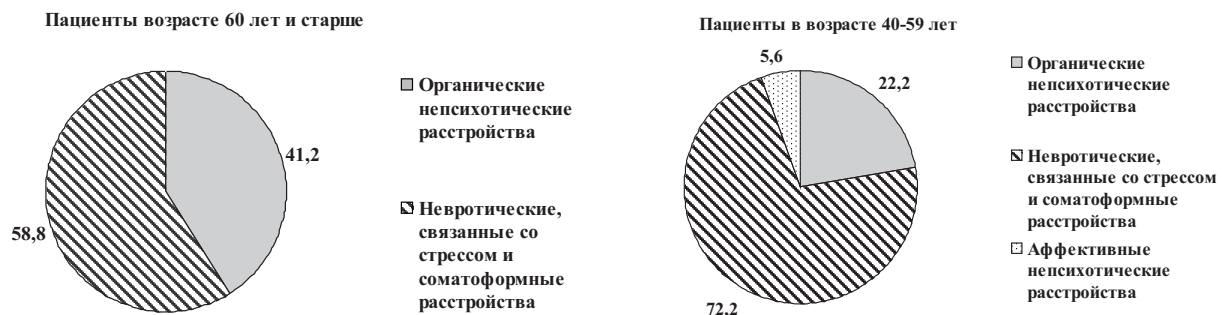


Рис. 1. Частота встречаемости основных нозологических форм НПР у пациентов разных возрастных групп (%)

му статусу во II группе было одинаково много специалистов и работающих по рабочим специальностям, а в I – 80% трудились по рабочим специальностям, не требующим квалифицированного труда, что объясняется тем, что лица старше 60 лет находились на пенсии и большинство из них продолжали не прежнюю профессиональную деятельность, а вынуждены были перейти на другое место работы.

По семейному положению менее 1/3 обследуемых I группы состояли в официальном браке, тогда же как среди лиц II группы — более 1/2 (56%), в связи с тем, что большинство обследуемых старше 60 лет были вдовами (вдовцами) вследствие смерти супруга. Более 1/2 (58,8%) лиц старшей возрастной группы проживали одни, тогда как в более молодой возрастной группе – только 16,7%.

В I группе 29,4% обследуемых имели высшее образование, 47,1% – среднее специальное и 17,6% – среднее образование, во II – 11,1% высшее, 61,1% – среднее специальное, и 22,2% – среднее. В целом, лица с высшим образованием в возрасте после 60 лет, в сравнении с более молодыми пациентами с высшим образованием, чаще обращались за психотерапевтической помощью.

К психотерапевту по направлению другого врача обратились 35,3% пациентов I группы и 44,4% – II, то есть пожилые пациенты чаще обращаются за психотерапевтической помощью самостоятельно. На момент обследования 58,8% лиц I и 50% – II групп обратились к психотерапевту первично, данный показатель достоверно не различался.

Частота встречаемости основных нозологических форм НПР у пациентов разных возрастных групп представлена на рис. 1. Среди лиц в возрасте 60 лет и более в два раза чаще встречались органические НПР ($p < 0,001$) и значительно реже — невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства ($p < 0,001$). В то же время, среди пациентов II группы наблюдались аффективные непсихотические расстройства, чего не отмечалось в старшей возрастной группе. Выявленные различия в представленности нозологических форм НПР в разных возрастных группах объясняются большей ролью психогенной составляющей в развитии расстройств у лиц более

молодого возраста, и в то же время – о большем вкладе органической патологии сосудистого характера при возникновении расстройств в возрасте свыше 60 лет.

Анализ частоты встречаемости сопутствующих заболеваний головного мозга и соматической патологии среди пациентов разных возрастных групп (рис. 2) показал, что в возрасте после 60 лет чаще встречались сопутствующие соматические заболевания, чем у 40-59 летних ($p < 0,0015$), это закономерно объясняется нарастанием соматической отягощенности с возрастом.

Сравнительный анализ длительности существования НПР в разных возрастных группах выявил, что в I было больше всего пациентов с течением заболевания от 1 до 6 мес. (41,2%) и более 12 мес. (35,3%), а во II – до 1 мес. (33,3%), 6-12 мес. (27,8%) и более 12 мес. (33,3%), то есть пациенты более молодого возраста обращаются за психотерапевтической помощью чаще в более ранние сроки, чем старшего возраста. Однако, необходимо обратить внимание и на тот факт, что в обеих возрастных группах у каждого третьего пациента длительность течения заболевания составила более года.

Наличие психотравмирующей ситуации в развитии НПР было установлено у 64,7% пациентов I и 72,2% – II групп, что свидетельствует о большей этиологической значимости стресса в более молодом возрасте (40-59 лет).

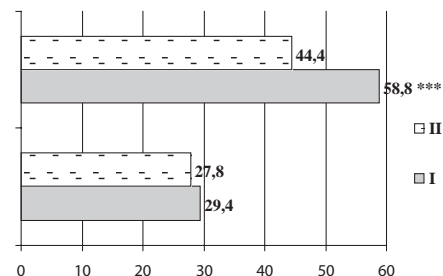


Рис. 2. Частота встречаемости сопутствующих заболеваний головного мозга и соматической патологии среди пациентов разных возрастных групп (%)

Примечание. Различия достоверны между группами по критерию Фишера при *** $p < 0,001$.

Прием лекарственных средств в связи с сопутствующей соматической патологией имел место у 52,9% больных I и 33,3% – II групп; лица старше 60 лет чаще принимали лекарственные средства по поводу сопутствующей соматической патологии. Однако, показатель среднего количества лекарственных препаратов в I группе составил $2,1 \pm 1,9$, а во II – $2,2 \pm 0,9$ без достоверных различий.

Данные особенности подчеркивают значимость более тщательного выявления сопутствующей соматической патологии у лиц пожилого возраста, более пристального внимания при учете совместимости назначаемых препаратов и предупреждения полипрагмазии.

Анализ назначенных психофармакологических препаратов у пациентов с НПР разных возрастных групп (рис. 3) показал, что более 2/3 — одинаково часто получали антидепрессивные и анксиолитические средства, что связано с преобладанием в структуре НПР симптомов депрессии и тревоги, и реже — снотворные и нейролептики.

Анализ результатов анкетирования показал, что состояние своего здоровья пациенты I группы чаще оценивали как более плохое ($p < 0,05$). Болевые ощущения одинаково часто предъявлялись обследованными обеих возрастных групп. Значительные нарушения в переносимости физических нагрузок нередко встречались в I группе ($p < 0,05$): респонденты чаще оценивали свое психологиче-

ское состояние как более плохое ($p < 0,05$) и высказывали жалобы на снижение настроения и чувство тревоги ($p < 0,01$). Материальное положение пациенты обеих групп оценивали как удовлетворительное, но в то же время несколько хуже – в I группе. Негативные взаимоотношения в семье и с окружающими чаще имели место у лиц старше 60 лет ($p < 0,05$).

Таким образом, по данным анкетирования пациенты в возрасте после 60 лет в сравнении с лицами в возрасте 40-59 лет имеют более выраженные субъективные нарушения в психологическом, социальном и соматическом функционировании.

По методике Спилбергера-Ханина у больных разных возрастных групп (рис. 4) отмечались высокие уровни личностной тревожности, в то же время показатели ситуативной тревожности свидетельствовали о ее умеренном уровне. Лица в возрасте 40-59 лет имели несколько более высокие уровни ситуативной тревожности ($p < 0,05$).

По шкале самооценки депрессии Занга признаки депрессии обнаружены у 41,8% пациентов I и 41,2% – II групп без достоверных различий. По методике диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д.Рассела и М.Фергюсона каждый четвертый больной испытывал чувство одиночества (I группа – 23,2%, II – 25,9%).

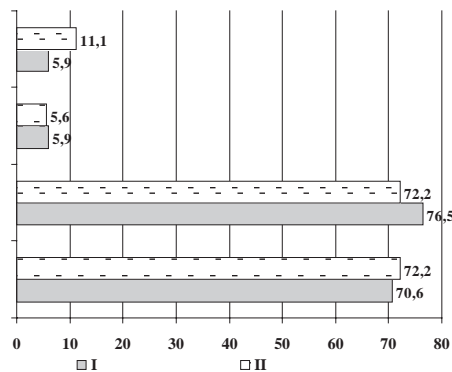


Рис. 3. Частота назначения психофармакологические средства у пациентов с НПР разных возрастных групп (%)

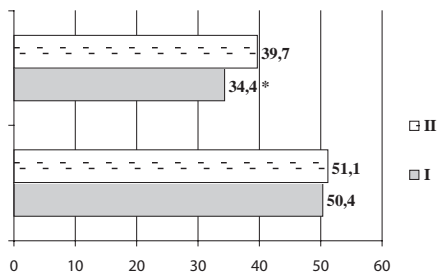


Рис. 4. Показатели тревожности по методике Спилбергера-Ханина у пациентов разных возрастных групп (баллы)

Примечание. Различия достоверны между группами при * $p < 0,05$.

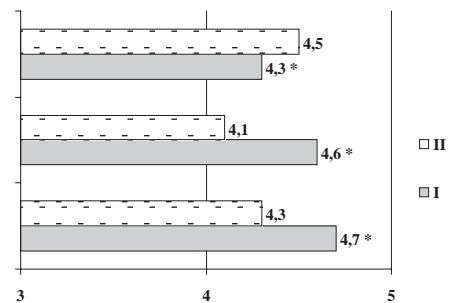


Рис. 5. Показатели по методике САН у пациентов с НПР разных возрастных групп (баллы)

Примечание. Различия достоверны между группами при * $p < 0,05$.

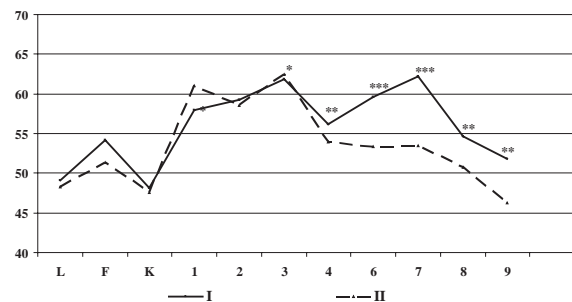


Рис. 6. Показатели по опроснику Мини-мульти у пациентов с НПР разных возрастных групп (баллы)

Примечание. Различия достоверны между группами при * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Анализ результатов по методике «Самочувствие. Активность. Настроение» (рис. 5) показал, что лица пожилого возраста с НПР чаще были не удовлетворены по критериям «самочувствия» ($p < 0,05$) и «активности» ($p < 0,05$), в то же время свое настроение пациенты II группы оценивали как более плохое ($p < 0,05$).

Пациенты в возрасте старше 60 лет имели более низкие показатели по шкалам «ипохондрия» ($p < 0,05$) и «истерия» ($p < 0,05$) по методике Мини-мульг (рис. 6), вероятно, они были менее фиксированы на своих телесных ощущениях, менее склонны к соматизации тревоги и ее вытеснению, обладали недостаточной способностью к спонтанности в социальных контактах. В то же время у них наблюдались более высокие показатели по шкалам «психопатия» ($p < 0,01$), «паранояльность» ($p < 0,001$), «психастения» ($p < 0,001$), «шизоидность» ($p < 0,01$) и «гипомания» ($p < 0,01$), при этом они характеризовались большей конфликтностью, эмоциональной неустойчивостью, обидчивостью, возбудимостью и чувствительностью, ригидностью, склонностью к систематизации накопленного опыта, подозрительностью, обидчивостью, тревожностью, боязливостью, нерешительностью, замкнутостью, отчужденностью в межличностных отношениях, активностью и деятельностью.

Выводы

1. Среди лиц пожилого возраста с НПР – пациентов психотерапевтического отделения психоневрологического диспансера — каждый третий имеет высшее образование и продолжает профессиональную деятельность, 2/3 не имеют семьи и проживают в одиночестве.

2. У больных старше 60 лет в два раза чаще (в сравнении с 40-59 летними) встречаются органические непсихотические расстройства и реже — невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства. 60% лиц пожилого возраста имеют соматическую отягощенность и более половины постоянно принимают лекарственные препараты, 2/3 пациентов назначаются антидепрессанты и анксиолитики.

3. Лица в возрасте после 60 лет имеют более выраженные субъективные нарушения в психологическом, социальном и соматическом функционировании, обладают высокой ситуативной тревожностью, ригидностью, эмоциональной неустойчивостью, обидчивостью, замкнутостью и отгороженностью.

4. Выявленные психосоциальные характеристики лиц пожилого возраста с НПР необходимо учитывать при назначении психофармакотерапии и организации оказания психотерапевтической помощи.

Литература

1. Гарганеева Н.П. Расстройства депрессивного спектра в позднем возрасте. Общая проблема в терапевтической и психиатрической практике. / Н.П. Гарганеева, Н.И. Шахурова, Е.Д. Счастливый // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – №3. – С.78-83.
2. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психологический журнал. – 1981. – № 3. – С.118-123.
3. Лебедева В.Ф. Клинические особенности расстройств лиц пожилого возраста в общемедицинской практике. / В.Ф. Лебедева, В.Я. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – №3. – С.81-84.
4. Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина. / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – С.238-248.
5. Местечко В.В. Эпидемиологическая характеристика непсихотических психических расстройств лиц пожилого возраста в Архангельской области. / В.В. Местечко, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова // Успехи геронтологии. – 2012. – Т.25. – №4. – С.654-660.
6. Незнанов Н.Г. Динамика состояния пожилых больных с коморбидными депрессивными и когнитивными нарушениями сосудистого генеза в процессе терапии / Н.Г. Незнанов, А.С. Круглов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – № 3. – С.18-21.
7. Незнанов Н.Г. Ранняя диагностика коморбидных психических расстройств в пожилом возрасте. / Н.Г. Незнанов, Н.М. Залуцкая, В.А. Осипова, Д.В. Захарченко. – СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. – 28 с.
8. Практикум по психологии состояний: Учебное пособие / Под ред. проф. О.А. Прохорова. – СПб: Речь, 2004. – С.121-122.
9. Психиатрия позднего возраста / Под ред. Р. Джекоби, К. Оппенгайма. – М.: Сфера, 2001. – т.1. – 387 с.
10. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. — Самара: БАХРАХ-М, 2001. – 672 с.
11. Ряховский В.В. Ближайшие исходы депрессии у лиц в инволюционном и позднем возрасте: автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. / В.В. Ряховский – М., 2011. – 18 с.
12. Семке В.Я. Основы пограничной геронтопсихиатрии / В.Я. Семке, Б.Д. Циганков, С.С. Одарченко. – М.-Томск, 2006. – 517 с.
13. Сиденкова А.П. Деменции пожилого возраста как актуальная психосоциальная проблема // Социальная и клиническая психиатрия – 2007. – Т.17, вып.4. – С.5-8.
14. Сиденкова А.П. Психосоциальная модель поздних деменций: автореф. дисс. на соиск. уч. ст. д.м.н. / А.П. Сиденкова – Томск, 2010. – 52 с.
15. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния / В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, М.П. Мирошников, В.Б. Шарай // Вопросы психологии. – 1973. – № 6. – С.141-145.
16. Bassuk S.S. Depressive symptomatology and incident cognitive decline in an elderly community

- sample / S.S. Bassuk, L.F. Berkman, D. Wypij // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1998. – V. 55. – P. 1081.
17. Beekman A.T. Review of community prevalence of depression in late life / A.T. Beekman, J.R. Copeland, M.J.Prince // *Brit. J. Psychiatry.* – 1999. – V. 174. – P. 307-311.
18. Kung H. Deaths: final data for 2005 / H. Kung, D. Hoyert, J. Xu et al. // *Nat. Vital. Stat. Rep.* – 2008. – V. 56 (10). – P. 1-120.
19. Steffens D.C. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study / D.C. Steffens, I. Skoog, M.C. Norton et al. // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2000. – V. 57 (6). – P. 601-607.
20. Zung W.W.K., Durham N.C. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry.* – 1965. – V. 12. – P. 63-70.

Сведения об авторах

Соловьев Андрей Горгоньевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета (СГМУ). E-mail: asoloviev1@yandex.ru

Новикова Ирина Альбертовна — доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник ЦНИЛ СГМУ. E-mail: ianovikova@mail.ru

Местечко Виктор Васильевич — врач-психотерапевт ГБУЗ АО «Архангельский психоневрологический диспансер», аспирант кафедры психиатрии и клинической психологии СГМУ. E-mail: dr.mestechko@mail.ru