ПСИХОПАТОЛОГІЯ депресії похилого віку: клініка, лікування

Н.І. Долішня,
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Внаслідок розвитку цивілізації та покращання якості медичної допомоги збільшилася кількість людей похилого віку (віком старших за 65 років). Відомо, що досягнення похилого віку є нормальним явищем, хоча досить часто супроводжується змінами соматичного стану, соціальної активності, міжособистісних стосунків тощо. Окрім цього, похилий вік несе із собою потребу порахунку з попереднім життям. Очевидно, що розмова зі своєю совістю є дуже важкою і емоційно обтяженою. Починає докучати самотність – багатьох рідних і близьких вже немає. Людина змушена «звільнити сцену», перестати працювати, віддати кермо в руки молодих, відчуває незворотність усього, що відбувається. Зменшена здатність до адаптації призводить до неможливості пристосування до нових драматичних змін.

Зміни особистості в похилому віці можна поділити на типові, викликані особливостями процесів пізнання, які звичайно характеризуються складністю набуття нових знань, уявлень, пристосування до непередбачуваних ситуацій. Складними в цьому віці стають прості перешкоди, що не є труднощами для молодих (переїзд на нову квартиру, хвороби близьких, обмеженість у функціонуванні, викликана соматичним захворюванням). Окрім того, спостерігаються зміни і в емоційній сфері. З'являються безпричинний сум, неспокій та емоційна нестриманість, загострюються притаманні людині характерологічні особливості. Це період, коли дім залишають діти, втрачено роботу, пригнічує самотність, до якої додаються матеріальні і соматичні труднощі. Зовсім не дивно, що така ситуація нерідко призводить до виникнення депресії. Однак не треба вважати, що депресія похилого віку є фізіологічним станом. Багато людей у цей період відчувають себе щасливими, ведуть активний спосіб життя і не звертаються за психіатричною допомогою.

Численні епідеміологічні дані свідчать про те, що частота депресії серед осіб похилого віку становить 1-5%, а згідно з Beekman (1999) цей показник був від 0,4 до 35%. При цьому частота великої депресії складала до 3%, а депресивних розладів – 15% і більше й може розглядатися як нетипове, але надзвичайно обтяжуюче життя і здоров'я людини хворобливе явище. Така розбіжність зумовлена труднощами діагностики депресії пізнього віку, неможливістю відрізнити депресію від соматогенії чи від реакції на важкі обставини життя, поганого настрою або дисфорій, зумовлених органічним ураженням мозку або судинною патологією, чи від деменції. Помилки діагностики пов'язані також із неоднозначністю наявних діагностичних класифікацій МКХ-10 і DSM-4.

Згідно з епідеміологічними дослідженнями, 6 млн мешканців України після 65 років страждають на депресію. І це приблизно третина тих, хто потребує допомоги. Саме депресія є тим психічним розладом, у етіології й патогенезі якого чітко простежується взаємозв'язок біологічного, індивідуально-психологічного та соціального чинників, зокрема розладів адаптації різної синдромальної структури та психопатологічного рівня, що безпосередньо пов'язані з біологічними і соціально-психологічними змінами у житті людини. Власне на цьому хронологічному етапі відбуваються кардинальна трансформація життя, фізіологічні й особистісні зміни.

Вважається, що основу виникнення депресії становлять фактори конституції, а факторами, що провокують її виникнення, є життєві обставини.

М. Пустовойт та співавт. (2009), вивчаючи вплив віку на психіку, пишуть про те, що біологічне «зачароване коло», характерне для віку інволюції, пов'язане з тим, що фізіологічні процеси в організмі (в тому числі і в ЦНС), зумовлені інволюцією, створюють передумови для полегшеного впливу дезадаптуючих факторів і активізують латентні патогенні фактори, які містяться у когнітивно-мнестичній, емоційно-вольовій та особистісній сферах людини, причому це відбувається таким чином, що перший момент посилює дію другого. У той же час відомо, що сприятливе сімейне оточення, матеріальна забезпеченість, професійна зайнятість, позитивне сприйняття світу є факторами профілактики психічних розладів і депресії.

Е. Бібрінг запропонував ще одну концепцію виникнення депресії. Головним почуттям, навколо якого концентруються переживання, він вважав безпорадність. Основними потребами за Бібрінгом є наступні:

- бажання, бути коханим, шанованим;
- бажання відчувати безпеку та силу, а не слабкість і безпорадність;
- бажання бути здатним любити, а не злим і деструктивним.

Активізація цих схем змінює сприйняття світу, який відтворюється немов через темні окуляри. Весь світ, сьогодення і майбутнє, а також власні дії оцінюються негативно, а життя здається пустим, беззмістовним, безнадійним.

М. Селігман основою депресії вважає набуту безпорадність, переконаність у неефективності власних дій, які породжують смуток і депресію.

У цілому депресія похилого віку є тим самим захворюванням, що й у молодих. Проблему становлять соматичні зміни, судинна патологія, порушення характеру людини, які є причиною недостатньої діагностики і неадекватної допомоги депресивним хворим.

Вивчення динамічних закономірностей депресії похилого віку виявило, що у період інволюції в житті (як і в організмі) людини відбуваються незворотні зміни, які згідно з системним визначенням старіння та розрахунками Гомперца – Мейкема узагальнено можуть розглядатись як втрата життєвості, життєздатності та зростання ймовірності смерті. Закономірно, що ці трансформації переживаються людиною як непоправна втрата чогось вкрай важливого. При цьому спосіб переживання втрати зачіпає як свідомий рівень почуттів, так і несвідоме, з різними пропорціями усвідомленого/несвідомого у різних людей.

Відомо, що масивні захисні механізми можуть евакуювати знання про старіння та усе, що з ним пов'язане, зі свідомості людини, в результаті чого на феноменологічному рівні можна спостерігати прояви патологічного заперечення старіння, іпохондрії, маскованої депресії тощо. Натомість передсвідоме уявлення про власну старість/неминучість кінця зустрічається у формі вичерпання, виснаження, інтуїтивного передчуття власної смерті.

М. Пустовойт (2007), вивчаючи психопатологію похилого віку, виділив наступні моменти психодинаміки:

- конфронтацію з великою кількістю переживань втрати, пов'язану з віковими змінами та зміною соціального статусу у даний період життя;
- актуалізацію під впливом переживань втрати вже існуючої надчутливості (сенситивності) до певних життєвих обставин;
- настирливе прагнення «повернути втрачене» з допомогою звичного життєвого репертуару;
- часткове усвідомлення ілюзорності очікувань, незворотності змін у житті;
- декомпенсацію притаманних особистості механізмів психологічної адаптації та маніфестації психічного розладу.

Е.Я. Штернберг і М.Л. Рохліна визначили такі форми депресії похилого віку:

- відносно «прості», переважно загальмовані депресії ендогенного типу;
- відносно «прості» тривожні депресії (без вираженого маячення);
- тривожно-маячні складні «великі депресивні синдроми»;
- іпохондричні, тривожно-іпохондричні депресії з переважанням соматичної симптоматики;
- органічно забарвлені (плаксиві, в'ялоапатичні) депресії;
- сенільно-подібні депресії (дифузно-параноїдні, тужливі);
- інші депресивні синдроми.

Проте у похилому віці надзвичайно важко описати депресію якимось одним синдромом. Саме ця багатогранність проявів, відсутність чистоти та характерна довготривалість і торпідність симптомів зумовлюють відмінність депресії похилого віку і у молодих.

Відмінність депресії похилого віку полягає не у визначенні типових і додаткових психопатологічних симптомів чи їхньої тяжкості, а в певних нюансах, які можуть вказувати на діагностику й лікування. Характерними для таких хворих є плаксивість, підвищена роздратованість, виражена інтенсивність страху і тривоги. Дуже часто спостерігаються скарги на неприємні відчуття у тілі, переконання в наявності тяжкої соматичної хвороби разом із нігілістичними висловлюваннями, почуття провини, думки про самогубство. Вважається, що депресія у старших осіб нагадує неврастенію і рідше перебігає з типовим для хворих молодшого віку зниженням настрою. Хворі скаржаться на слабкість, неможливість впоратися з життєвими труднощами, порушення уваги, неможливість зосередитися. Розлади когнітивних функцій часом стають домінуючими. Саме ці порушення стали підставою для появи терміну «псевдодеменція» та численних діагностичних і терапевтичних помилок.

Іншою причиною помилкової діагностики є подібність ендогенної депресії похилого віку із соматогенною депресією, а також з соматичними масками хвороби або випадками поєднання різних можливих етіологічних факторів у однієї людини.

С. Пужинські у монографії «Депресія» виділяє два образи депресивних розладів похилого віку.

1. Депресія з вираженою тривогою і неспокоєм, що досягає ступеня ажитації. Її характерними ознаками є депресивно-гнівливий настрій, страх, емоційна експресія (плач, розпач, крик про допомогу). Іпохондричні висловлювання хворих досягають маячного рівня. Пацієнти висловлюють думки про катастрофу, крах, втрату засобів до існування, бажання смерті. Вони відмовляються від їжі, схильні до суїцидів. Замість ідей вини, гріху переважаючими у них стають іпохондричні скарги, страхи, що стосуються здоров'я.

2. Астено-депресивний варіант депресії. При цьому виді депресії домінуючими є апатія, абулія, втрата зацікавленості, відчуття фізичної та психічної неспроможності включно з інтелектуальною, які супроводжуються зниженим настроєм, байдужістю, іпохондричними висловлюваннями. Такі стани нерідко подібні до деменції.

Особливу увагу потрібно приділити соматичним скаргам хворих. Це можуть бути головний біль, біль у потилиці, грудній клітці, серцебиття, сухість слизових, недомагання різної локалізації, які є типовими для людей похилого віку. Частота таких розладів при депресії становить: астенія – 29%, головний біль – 25%, серцебиття – 17%, нелокалізований блукаючий біль – 14%, головокружіння – 12%, розлади шлунково-кишкового тракту – 6%. Діагностичною помилкою може бути трактування наявних соматичних скарг як проявів депресії, або навпаки, ігнорування депресії і одночасно перебільшення потреби лікування соматичних проявів.

Сповільнення швидкості психічних процесів, погіршення пам'яті та відчуття інтелектуальної неспроможності належать до типових проявів депресії незалежно від віку хворих. У людей похилого віку порушення когнітивних процесів домінує в клінічному стані і може зумовлювати помилкову діагностику деменції. Диференціально-діагностичною відмінністю у цих випадках є те, що депресія носить циклічний характер, не пов'язана з органічними змінами мозку, супроводжується порушенням сну, ангедонією, тривогою, пригніченим настроєм та добовими коливаннями стану з погіршенням у ранішні години.

Що стосується перебігу депресії в осіб похилого віку, більшість дослідників не бачать суттєвої різниці залежно від віку хворих. Обтяжують перебіг соматичні захворювання, матеріальні труднощі, органічні зміни ЦНС, неадекватне лікування. Особливу увагу привертає негативний вплив на перебіг депресії в осіб похилого віку трициклічних антидепресантів, а також препаратів антидепресивної дії, що впливають на когнітивні процеси. Безпечними вважаються медикаменти, які відрізняються наступними характеристиками:

- фармакокінетика не залежить від віку хворого;
- не вступають в інтеракцію з іншими лікарськими засобами;
- відсутність або незначна виразність побічної дії.

Цим вимогам відповідають інгібітори зворотного захоплення серотоніну. До них відносяться флуоксетин, флувоксамін (феварин), сертралін (золофт), ципраміл, есциталопрам (ципралекс) та ін. Порівняльні дослідження ефективності і безпечності цих препаратів показали перевагу есциталопраму у людей похилого віку, який відрізняється швидким протитривожним ефектом, зменшує прояви депресії і корегує поведінкові порушення, пов'язані з серотоніновою недостатністю (Gorwood et al., 2007). У разі наявності в клінічній картині страху, неспокою, психомоторного збудження, відмови від їжі можуть застосовуватися антипсихотичні препарати, що мають антидепресивний ефект (сероквель, еглоніл, флюанксол).

Оскільки у походженні депресії похилого віку важливе місце займають зовнішні чинники, лікування хворих повинне включати психотерапію, соціальну допомогу, можливість забезпечення опіки, а також створення умов, що забезпечують відчуття затребуваності, важливості, сприяють знаходженню нових сенсів життя.

Бремя болезни Альцгеймера для женщин

Повышенное внимание в области охраны здоровья женщин, как правило, уделяется раку молочной железы. Что касается женщин пожилого возраста, они в большей мере подвержены риску развития болезни Альцгеймера (БА).

В соответствии с новым отчетом Ассоциации по борьбе с болезнью Альцгеймера 2014 г., для женщины в возрасте 65 лет риск возникновения данной патологии составляет 1 к 6, что примерно в два раза выше такового рака молочной железы. Вероятность развития БА для мужчин в таком же возрасте составляет приблизительно 1 к 11.

В разработке этого доклада принимали участие ведущие исследователи, эпидемиологи, ученые, журналисты и др. М.С. Каррильо, доктор философии, вице-президент Ассоциации по борьбе с болезнью Альцгеймера отметила, что согласно имеющимся данным БА ложится большим бременем на женщин, чем на мужчин – и не только на тех, кто страдает этим заболеванием, но и на лиц, оказывающих непосредственный уход за пациентами.

Как отметила доктор Каррильо, женщины в 2,5 раза больше, чем мужчины вовлечены в обеспечение ухода за больным на поздней стадии заболевания: кормление, купание, перемещение пациентов и т. д. В ходе опроса почти 60% респондентов сообщили о высоком или очень высоком эмоциональном стрессе и более трети – о физической нагрузке, связанной с уходом за данным контингентом больных; более половины (54%) совершали уход за пациентом в ущерб времени для основной работы.

При проведении опроса выборки лиц в возрасте 60 лет и старше около 35% респондентов заявили, что они больше всего боятся диагноза БА по сравнению с 23%, которые упомянули рак, и 15%, определившими инсульт как наиболее опасное состояние. Женщины были в большей мере, чем мужчины озабочены тем, что у них или их супругов развивается БА или слабоумие. Среди лиц обоего пола преобладали следующие высказывания: «я забуду моих близких», «я буду обузой для моей семьи», «я не буду в состоянии позаботиться о себе».

За 2000-2010 гг. БА в качестве причины смерти возросла на 68%, тогда как для многих других заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции, инсульта, кардиопатологии и рака предстательной железы, этот показатель значительно снизился. Однако последствия БА и других деменций будут возрастать: к 2025 г. число людей в возрасте 65 лет и старше с этим заболеванием достигнет 7,1 млн, что на 40% больше по сравнению с 5 млн в данной возрастной категории в настоящее время.

Другие факты и цифры в докладе включают следующее: предполагаемый риск заболевания в возрасте 65 лет составляет 17,2% для женщин и 9,1% для мужчин. Один из 9 пожилых американцев страдает БА. Этот показатель включает в себя 4% лиц в возрасте до 65 лет, 15% – от 65 до 74 лет, 44% – от 75 до 84 лет и 38% – 85 лет и старше.

У трети всех пенсионеров, которые умерли за прошлый год, была диагностирована БА или другая деменция. Американцы затратили 17 млрд 700 млн часов на неоплачиваемый уход за людьми с БА и другими деменциями в 2013 г. Medicare и Medicaid должны выплатить 150 млрд долларов в 2014 г. на здравоохранение, долговременный уход и паллиативную помощь для лиц с БА и другими деменциями. Выход доклада совпадает с запуском национальной инициативы, для того чтобы подчеркнуть возможности женщин в борьбе с БА. Полный текст отчета Ассоциации по борьбе с болезнью Альцгеймера можно найти на сайте *www.alz.org*.

www.medscape.com