

Сниженное настроение или депрессия? Ментальное здоровье в пожилом возрасте

Может ли быть старость в радость? Эксперты считают, что да, может. В условиях стареющего населения планеты вопросы ментального здоровья в пожилом возрасте приобретают особое значение.



Надежда Рунихина, главный гериатр Москвы, заместитель директора по гериатрической работе Российского геронтологического научно-клинического центра, д. м. н., профессор



Фото: НИИОЗММ



Фото: НИИОЗММ

– Надежда Константиновна, относительно ментального здоровья в пожилом возрасте чаще говорят о когнитивных трудностях. А какое значение имеет эмоциональный статус?

– Ментальное здоровье – крайне важный аспект общего здоровья, он определяет не только настроение и качество жизни. Устойчивый психический статус, отсутствие депрессии, тревоги и, конечно, более тяжелых психических заболеваний делает прогноз жизни пациента крайне благоприятным и способствует в том числе долгожительству. Ментальное здоровье требует внимания со стороны врачей всех специальностей, не только психиатров, потому что во многих случаях успех лечения того или иного заболевания зависит от того, насколько человек когнитивно и ментально сохранен. Например, в нашей практике, касающейся пожилых людей, если у пациента есть депрессия, на плановую хирургическую операцию его не могут взять. Сначала необходимо скорректировать психический статус, от этого будет зависеть исход лечения, даже хирургического.

– Это стало стандартом?

– Да, согласно периоперационному протоколу, который представляет собой консенсус между гериатрами, хирургами, анестезиологами и объединяет наши научные знания и представления о том, как должна быть организована хирургическая помощь людям старшего возраста, в каких условиях, в какой последовательности, с обеспечением каких основных и дополнительных мероприятий, для того чтобы улучшить исход хирургической помощи и избежать осложнений.

– В чем особенности депрессии пожилого возраста по сравнению с другими возрастными группами?

– Первое, пожалуй, это более высокая частота встречаемости. Сниженное настроение, депрессия в целом более свойственны пожилому возрасту, и это связано и с биологическими, и с физическими, и с социальными факторами. Наиболее уязвимы люди в возрасте пятидесяти четырех – шестидесяти, шестидесяти пяти – семидесяти лет. >>>

▲
Почувствовать себя снова ребенком в студии рисования не только приятно, но и очень полезно



Фото: НИИОЗММ

▲
Движение – ключ к поддержанию не только физического, но и эмоционального благополучия

– Помимо возраста, что еще определяет группы риска?

– В группе риска женщины, люди, которые курят, злоупотребляют алкоголем, одинокие, мультиморбидные пациенты, в частности имеющие такие страдания, как хроническая боль.

– Как курение, женский пол и т.д. могут влиять на развитие депрессии?

– Есть биологические, патогенетические механизмы, которые этому способствуют. С возрастом меняется метаболический и гормональный статус, претерпевают изменения функции центральной нервной системы. Все это может вести к развитию депрессии. Наличие соматических заболеваний и прием некоторых лекарственных препаратов тоже могут способствовать этому. Сейчас в гериатрии

накапливаются очень интересные данные. В частности, о том, что достаточно высокий уровень депрессии свойствен пациентам с сахарным диабетом. Оказалось, что генетически эти заболевания практически параллельно программируются – развитие сахарного диабета и снижение эмоционального статуса. Поэтому лечение и восстановление психического статуса у таких пациентов требует особых подходов. Это очень интересные междисциплинарные исследования, мы и в практике с этим столкнулись, наблюдая и занимаясь лечением и реабилитацией людей пожилого и старческого возраста.

– Как же быть врачам первичного звена, к которым в первую очередь приходят пожилые пациенты?

– Врачам необходимо серьезно и вдумчиво



В РАМКАХ РАЗВИТИЯ ГЕРИАТРИИ СОЗДАНА СКРИНИНГОВАЯ АНКЕТА И ШКАЛА, КОТОРАЯ НАЗЫВАЕТСЯ «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА»

относиться к таким пациентам. Поэтому скрининг на депрессию пациентов пожилого возраста участковым врачом в поликлинике должен проводиться в обязательном порядке.

— Что представляет собой такой скрининг?

— В рамках развития гериатрии создана скрининговая анкета и шкала, которая называется «Возраст не помеха». Это очень простой и доступный инструмент, уже внесенный в клинические рекомендации. Один из семи вопросов посвящен как раз настроению и требует короткого ответа – да или нет. Есть проблемы с настроением или нет проблем. Естественно, это не углубленная диагностика эмоционального статуса. Но уже этот активный вопрос от врача дает возможность человеку начать разговор о своем эмоциональном статусе. Исследования как раз свидетельствуют о том, что люди в пожилом возрасте, имея нарушения в эмоциональной сфере, отмечают, что не хватает доступа к специалистам, с которыми можно было бы поговорить на эту тему. В этой связи открытие в Москве уникальных по своей сути центров ментального здоровья – это самая передовая, очень важная и правильная практика, которая дает человеку возможность поговорить со специалистом о своих эмоциях. А дальше уже специалист разбирается, насколько снижено настроение, какие есть проблемы, требуется ли дальнейшее соматическое или психиатрическое обследование.

— А что может сделать участковый врач в поликлинике?

— В рамках обязательного сегодня скрининга «Возраст не помеха» врач не только обращает внимание на вопрос, связанный с эмоциональным состоянием пациента. С помощью

скрининга он выявляет пациентов со старческой астенией, наиболее уязвимых и ослабленных, которые тоже входят в группу риска по развитию депрессии. Возможно, таким пациентам будет сложно прийти в центр ментального здоровья, и это уже ответственность врача поликлиники – предоставить эту помощь на территории медицинской организации.

— Получается, терапевт в поликлинике обратил внимание, что что-то идет не так. Каковы его действия?

— Он может рекомендовать обратиться к психологу в Центр ментального здоровья или к психиатру. Но самое главное, чтобы параллельно с оценкой психического статуса он обследовал пациента на предмет сопутствующих состояний, которые поддерживают депрессию, – это могут быть метаболические нарушения, тот же самый сахарный диабет, хроническая боль. Депрессия в гериатрической практике стоит очень близко с когнитивными расстройствами, и они друг друга потенцируют, а иногда и маскируют.

— Каким образом?

— Депрессия может скрывать прогрессирование когнитивных нарушений, в том числе развитие болезни Альцгеймера. То есть человек, понимая, что он когнитивно ослабевает, начинает впадать в депрессию. Окружающим кажется, что просто его надо развеселить, улучшить настроение, а на самом деле за этим скрывается прогрессирование болезни Альцгеймера. Или наоборот, иногда родственники приводят своего пожилого родственника, обращая внимание на то, что он не идет на контакт, ничего не помнит, не отвечает на вопросы. А обследование показывает, >>>

что на самом деле когнитивный статус нормальный, но присутствует тяжелая депрессия, поэтому человек не хочет взаимодействовать, выполнять какие-то тесты и производит впечатление почти дементного. Нюансов очень много. Очень важно, чтобы близкие наблюдали за своим престарелым родственником и понимали, что если пожилой человек не ходит, не двигается, не отвечает, ничем не интересуется – это не может быть вариантом нормы. Плаксивость, жалобы, нарушения сна, отказ от лекарственной терапии, нарушения аппетита, набор веса или, наоборот, резкая потеря – это все может быть проявлением депрессии.

— То есть любые отклонения должны стать поводом для дополнительной консультации с врачом?

— Да. Любопытно, что исследования показывают: у пациентов с депрессией, которые регулярно контактируют с врачами, не только с психиатрами, прогнозкратно лучше. Потому что людям нужна уверенность, что есть возможность обратиться за помощью и получить

ее. И конечно, специалист может дать правильную установку и контролировать лекарственную терапию. Пациента с депрессией лечить очень сложно, очень низкий комплаенс. По статистике, она в четыре раза увеличивает риск смерти. И наоборот, когда лечат депрессию, прогноз продолжительности жизни людей улучшается.

— Какая может быть профилактика депрессии в пожилом возрасте?

— В гериатрической реабилитации основное направление – повышение функциональной активности. Все начинается с физической активности, упражнений, когнитивных тренингов, психоэмоциональной поддержки. Среди пациентов, которых мы берем на курацию, 7–8 % попадают к нам со сниженным настроением, у них нет показаний для лекарственной терапии, это еще не депрессия, но настроение снижено. И по нашим наблюдениям, по мере улучшения функционального статуса уменьшается число людей со сниженным настроением. Поэтому так важна физическая активность.

В центрах московского долголетия своя активная культурная жизнь. Все это можно назвать профилактикой депрессии пожилого возраста



Фото: НИИОЗММ



В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОСНОВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ — ПОВЫШЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ. ВСЕ НАЧИНАЕТСЯ С ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, УПРАЖНЕНИЙ, КОГНИТИВНЫХ ТРЕНИНГОВ, ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

— На что обращать внимание близким, терапевту, как можно заподозрить негативные изменения до проведения скрининга?

— На поведение пациента, он становится малоактивным физически, психически, социально, круг его общения, интересов сужается.


— Вы упомянули, что прием некоторых лекарственных препаратов может вызывать депрессию. Каких именно? Ведь ваши пациенты часто принимают препараты, назначенные пожизненно.

— Таким побочным действием могут обладать некоторые препараты, в том числе для лечения хронической боли. Это очень сложные случаи. Потому что часто лечение боли само по себе улучшает состояние и убирает депрессивные настроения. А что касается препаратов для лечения самой депрессии, их назначением пожилым пациентам должны заниматься очень хорошо подготовленные специалисты, которые имеют возможность мониторировать состояние пациента, вести повторные приемы. Пациент должен оставаться в поле зрения, потому что есть довольно большой перечень антидепрессантов, которые могут усиливать риск падения в пожилом возрасте. Некоторые из них влияют на продолжительность интервала QT на электрокардиограмме, что может спровоцировать нарушение ритма вплоть до остановки сердца. Есть вещества, которые могут негативно влиять на функции почек, печени. К сожалению, нередко пациенты сами себе назначают старые препараты на основе бензодиазепаина, при том что среди

побочных эффектов — повышение риска падений и ухудшение когнитивного статуса. Не надо заниматься самолечением, даже «проверенными» препаратами. Единственное допустимое самолечение — правильное питание с высоким уровнем жирных кислот омега-3, двигательная активность, улучшение эмоционального статуса.

Профилактикой депрессии можно считать центры московского долголетия. Помимо того, что там собрано все, что для этого нужно — социализация, физическая активность, хорошая психоэмоциональная атмосфера, для нас, гериатров, очень важно, что эти люди находятся на виду. Пусть не медиков, но специалисты по социальной работе понимают это, они проходят подготовку.

— Исходя из вашей практики, старость может быть в радость?

— Старость может быть и должна быть в радость, потому что в каждом возрасте есть свои плюсы. Оптимизм долгожителей, их позитивный взгляд на жизнь вызывает восхищение. Понятно, что в 70–90 лет трудно подпрыгивать или как-то активно танцевать, какие-то вещи становятся проблемой. Но современная гериатрия активно развивается, и мы уже отодвигаем период дряхлости, старческой астении, усилия направлены на то, чтобы сжать его по времени. Это начинается с ведения основных заболеваний — коррекции артериальной гипертонии, лечения ожирения, предупреждения развития сахарного диабета, остеопороза, сохранения мышечной силы. У нас есть пациенты, которым за 70 лет, и они ходят в горы. Конечно, у таких людей существенно ниже риск старческой депрессии.* 

* Необходимо проконсультироваться со специалистом.