ПОГОВОРИМ
о депрессии и суициде у пожилых людей

SPEAK

Suicide
Prevention
Education
Awareness
Kit

Штат Нью-Йорк
Eliot Spitzer
Губернатор

Офис по вопросам психических заболеваний
Michael F. Hogan, PhD.
Комиссар

New York State
omh
Office of Mental Health

ПОГОВОРИМ о депрессии и суициде у пожилых людей

Депрессия – состояние, чаще всего ассоциируемое с самоубийством людей преклонного возраста[1], – представляет собой недостаточно распознанную болезнь, которой не уделяется должного внимания. Так, в результате некоторых исследований было установлено, что многие люди преклонного возраста, которые умирают в результате самоубийства (до 75%), были на приеме у своего лечащего врача в течение месяца, предшествовавшего самоубийству[2]. Данные этих исследований говорят о том, что для уменьшения вероятности самоубийств среди пожилых людей необходимо в срочном порядке повысить качество выявления и лечения депрессии.

Возможность того, что пожилые американцы умрут в результате самоубийства, непропорционально высока – они составляют 13% населения США, однако в 2000г. 18% людей, которые покончили с собой, были в возрасте 65 лет и старше. Самый высокий уровень самоубийств (при подразделении на такие категории, как пол и расовая принадлежность) обнаружен среди белых мужчин в возрасте 85 и старше: в 2000г. было зарегистрировано 59 смертей на каждые 100000 человек, более чем в 5 раз выше общенационального уровня США – 10.6 на 100000 человек[3].

Из 35 миллионов американцев в возрасте 65 лет и старше примерно 2 миллиона болеют депрессивными заболеваниями (такими как большое депрессивное расстройство, дистимия или биполярное расстройство), а у

SPEAK Suicide Prevention Education Awareness Kit

других 5 миллионов обнаружены «субсиндромы депрессии» или, иначе говоря, симптомы депрессии, которые не полностью соответствуют всем критериям при диагностировании этого расстройства[4,5]. Субсиндромы депрессии особенно присущи людям преклонного возраста и сопряжены с возросшей опасностью заболевания большой депрессией[6], однако в какой бы форме они ни выражались, симптомы депрессии при старении не являются само собой разумеющимся явлением. В отличие от естественных эмоциональных переживаний, таких как печаль, горе, чувство утраты или преходящие периоды того или иного настроения, они непрерывно возобновляются и наносят этим значительный ущерб способности человека нормально функционировать.

Депрессия часто сопровождается другими серьезными заболеваниями, такими как сердечные болезни, инсульт, диабет, рак и болезнь Паркинсона[7]. Поскольку многие пожилые люди имеют дело с этими болезнями, а также с различными социальными и экономическими проблемами, постольку медики могут прийти к неверному выводу, что депрессия является естественным последствием таких проблем, – точка зрения, которой часто придерживаются и сами пациенты[8]. Все эти факторы приводят к ошибкам в диагностике и лечении депрессивных расстройств у людей преклонного возраста. Депрессию можно, и следует, лечить в случаях, когда она сопровождается другими болезнями, иначе она замедлит выздоровление от этих болезней или отрицательно скажется на их последствиях. Продолжающиеся исследования уделяют особое внимание взаимоотношению депрессии с другими болезнями у людей преклонного возраста.

И у врачей, и у пациентов могут быть проблемы с распознаванием признаков депрессии. В настоящее время исследования, финансируемые Национальным институтом по вопросам психических заболеваний (NIMH) и проводимые в клиниках по оказанию первичной медицинской помощи, посвящены выяснению эффективности воздействия образовательных программ на совершенствование распознания и лечения депрессии и симптомов суицида у людей преклонного возраста[9].

Научный анализ и лечение

Научными исследованиями были выявлены различные виды клинических и биологических особенностей среди людей преклонного возраста, страдающих депрессией[8]. По сравнению с пожилыми людьми, чья депрессия началась в более раннем возрасте, те, кто впервые заболел ею в преклонные годы, скорее подвержены хроническому течению этой болезни. Продолжают также появляться свидетельства того, что заболевание депрессией в поздние годы жизни связано с изменениями сосудов мозга.

Эффективным лечением депрессии в преклонном возрасте являются и антидепрессанты, и

краткосрочная психотерапия[8]. Существующие антидепрессанты известны тем, что они воздействуют на определенные нейротрансмиттеры мозга. Что касается новых лекарственных препаратов, главным образом некоторых видов ингибиторов обратного захвата серотонина (SSRI), то их обычно предпочитают более ранним лекарствам, таким как трехцикличные антидепрессанты (TCA) и ингибиторы миноаминоксидаза (MAOI), потому что они вызывают меньше возможных побочных действий, и эти действия не так серьезны[10]. Оба поколения лекарств являются действенным средством облегчения симптомов депрессии, хотя некоторые люди реагируют только на один, определенный, вид лекарств.

Научные исследования показали, что некоторые виды краткосрочной психотерапии, особенно когнитивно-поведенческая и межличностная терапии, являются эффективными при лечении депрессии в преклонном возрасте[8]. Психотерапия и сама по себе способна продлить периоды здоровой, свободной от депрессии жизни, однако, судя по всему, максимальную пользу приносит совмещение психотерапии и антидепрессантов. Одно из исследований показало, что примерно 80% людей преклонного возраста, которые использовали комбинированное лечение, вылечились от депрессии[11]. Выяснилось также, что для сокращения повторных заболеваний депрессией комбинированное лечение является более эффективным, чем какой-либо один вид лечения[12].

В настоящее время проводятся другие исследования, посвященные воздействию и долгосрочной эффективности SSRI лекарств и специальных сеансов психотерапии на депрессию у людей преклонного возраста, а результатом этих исследований явятся важные данные, касающиеся течения болезни и лечения депрессии в поздние годы жизни. В дальнейшем необходимо будет провести другие исследования, чтобы определить роль гормональных факторов в развитии этой болезни и чтобы понять, явится ли заместительная гормональная терапия эстрогенами или андрогенами полезной при лечении депрессии у пожилых людей.

Офис штата Нью-Йорк по вопросам психических заболеваний выражает благодарность Национальному институту по вопросам психических заболеваний за информацию, использованную в этом буклете.

Этот информационный пакет можно получить, если написать или позвонить по указанным ниже адресу и номеру бесплатного телефона: Office of Mental Health Community Outreach & Public Education Office, 44 Holland Avenue, Albany NY 12229, 866-270-9857 (только на англ. яз.); или если посетить web-сайт www.speakny.org

SPEAK up, save lives

SPEAK Suicide Prevention Education Awareness Kit

Библиография

1 Conwell Y, Brent D. Suicide and aging. I: patterns of psychiatric diagnosis. International Psychogeriatrics, 1995; 7(2): 149-64.

2 Conwell Y. Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. Suicide and Life Threatening Behavior, 2001; 31(Suppl): 32-47.

3 Office of Statistics and Programming, NCIPC, CDC. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARSTM): http://www.cdc.gov/ncipc/ wisqars/default.htm.

4 Narrow WE. One-year prevalence of depressive disorders among adults 18 and over in the U.S.: NIMH ECA prospective data. Unpublished table.

5 Alexopoulos GS. Mood disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th Edition, Vol. 2. Baltimore: Williams and Wilkins, 2000.

6 Horwath E, Johnson J, Klerman GL, Weissman MM. Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. Archives of General Psychiatry, 1992; 49(10): 817-23.

7 Depression Guideline Panel. Depression in primary care: volume 1. Detection and diagnosis. Clinical practice guideline, number 5. AHCPR Publication No. 93-0550. Rockville, MD: Agency for Health Care, Policy and Research, 1993.

8 Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Bruce ML, Conwell Y, Katz IR, Meyers BS, Morrison MF, Mossey J, Niederehe G, Parmelee P. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. Journal of the American Medical Association, 1997; 278(14): 1186-90.

9 Bruce ML, Pearson JL. Designing an intervention to prevent suicide: PROSPECT (Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial). Dialogues in Clinical Neuroscience, 1999; 1(2): 100-12.

10 Reynolds CF 3rd, Lebowitz BD. What are the best treatments for depression in old age? The Harvard Mental Health Letter, 1999; 15(12): 8.

11 Little JT, Reynolds CF 3rd, Dew MA, Frank E, Begley AE, Miller MD, Cornes C, Mazumdar S, Perel JM, Kupfer DJ. How common is resistance to treatment in recurrent, nonpsychotic geriatric depression? American Journal of Psychiatry, 1998; 155(8): 1035-8.

12 Reynolds CF 3rd, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, Mazumdar S, Houck PR, Dew MA, Stack JA, Pollock BG, Kupfer DJ. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. Journal of the American Medical Association, 1999; 281(1): 39-45.

NATIONAL SUICIDE PREVENTION LIFELINE™

Помощь приносит надежду

1-800-273-TALK

www.suicidepreventionlifeline.org

Вам или близкому вам человеку могут оказать помощь в любое время суток

First printed May 2004, revised February 2007

RUSSIAN