

К ВОПРОСУ О СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДПОСЫЛКАХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ*

Проблемы психического здоровья приобретают в последние десятилетия особую значимость. Психические расстройства по многим параметрам преобладают среди всех классов заболеваний, в результате чего все чаще становятся предметом специального рассмотрения правительств, межгосударственных институтов, Всемирного Банка¹.

Среди всех прочих психических заболеваний в настоящее время наиболее распространены депрессивные расстройства. Депрессия признается одной из основных причин снижения трудоспособности и качества жизни людей во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Всемирного Банка, к 2020 г. депрессии по потерям времени в связи с нетрудоспособностью, которые несет общество, займут второе место, уступая лишь ишемической болезни. В США уже сейчас прямые и косвенные экономические затраты, обусловленные депрессиями, превысили затраты, вызванные сердечно-сосудистыми заболеваниями².

Актуальность проблемы депрессий обусловлена также их большой распространенно-

стью и тяжестью последствий. Согласно данным ВОЗ, примерно 4 – 5% населения земного шара страдает депрессиями, при этом риск заболеть депрессией в течение жизни достигает 20%. Депрессия является хроническим рецидивирующим заболеванием, причем повторные эпизоды возникают примерно у 60% больных. Около 15% больных депрессией совершают суицид. Причиной 60% всех случаев самоубийств выступают депрессии. Смертность при депрессиях лишь немного уступает смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, биологические механизмы депрессии и тревоги вызывают различные соматические нарушения, которые иногда могут способствовать развитию даже такой тяжелой патологии, как онкологическая. Не случайно существует высказывание «рак – болезнь печали»³. Практически у всех страдающих депрессией возникает множество физических симптомов (головная боль, головокружение, неприятные ощущения в области сердца и живота, боль в суставах и пр.).

Больные, страдающие депрессией, чаще всего испытывают тревогу или тоску, считают

¹ Mental Health: A report of the surgeon general. – Rockville: US Department of the Health and Human Services, 1999.

² <http://vb.kymet.kg/2001/07/19/04.htm>.

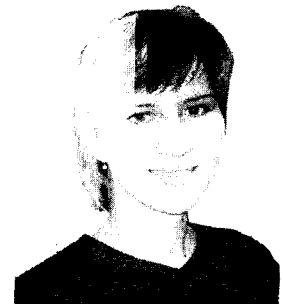
³ Снедкова Л.В. Депрессия как общемедицинская проблема: // <http://infb.hippo.ru/ofdoc/html/depression.htm>.



Гулин Константин Анатольевич —
к.и.н., зам. директора ВНКЦ
ЦЭМИ РАН.



Фалалеева Ольга Игоревна —
главный психиатр Вологодской
области.



Ослопова Юлия Евгеньевна —
аспирант ВНКЦ ЦЭМИ РАН

* Работа проведена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (проект № 02-06-80397).

себя несчастными, беспомощными и забытыми. Как правило, они раздражены и недовольны всем происходящим, их ничто не радует. К признакам этого заболевания относятся также: отсутствие аппетита, расстройства сна, потеря интереса к окружающему миру, отсутствие сил и желания что-либо делать, постоянное чувство усталости, ощущение собственной беспомощности и ненужности, чувство вины, мысли о самоубийстве и смерти.

По официальным данным медицинской статистики, на начало 2003 г. страдало психическими расстройствами около 30 тыс. вологжан (т.е. 0,02% населения области).

Однако, согласно результатам социологических опросов, более трети населения испытывает негативное настроение (выбрали ответы: «напряжение, раздражение» или «страх, тоску»). Четверть респондентов признались в том, что имели психологические проблемы, которые не могли решить из-за отсутствия квалифицированной помощи; две трети населения считают необходимым создание по месту жительства специальных психологических служб, помогающих решать людям их проблемы. По данным Вологодского областного комитета государственной статистики, уровень самоубийств в нашем регионе в 2003 г. (51 случай на 100 тыс. нас.) в 2,5 раза выше предельно-критического уровня, допустимого ВОЗ (20 случаев на 100 тыс. нас.). Неуклонно растут показатели алкоголизации и наркотизации населения. По сравнению с 1998 г. количество алкогольных психозов возросло на три четверти, а доля лиц, состоящих на учете по поводу наркомании, – в 6 раз.

Таким образом, можно предположить, что официальные данные о масштабах распространения психических расстройств (в статистической информации депрессии и тревога вообще не выделены отдельно в данном классе заболеваний) среди жителей региона занижены и не отражают реального положения дел. Объективные причины данной ситуации:

⇒ скрытый, «замаскированный» характер проявлений депрессивного расстройства на субклинической стадии и стадии начальных клинических проявлений;

⇒ недостаточное число специалистов (психиатров, психотерапевтов) как в специализированных, так и в общесоматических лечебно-профилактических учреждениях;

⇒ сохраняющаяся до настоящего времени в менталитете населения стигматизация психиатрической службы.

Больные могут годами безуспешно лечиться у врачей других специальностей, значительно увеличивая расходы на медицинскую помощь, прежде чем наконец попадут в поле зрения психиатров, что и отразится в медицинской статистике.

Вместе с тем, социальные потери вследствие психических расстройств в целом и депрессий в частности (выражаемые сопряженными с нарушением функциональных возможностей годами жизни – DALY) превысили в 1990 г. таковые при онкологических (5,1%) и сердечно-сосудистых заболеваниях (9,7%), составив 10,5%. Данный показатель продолжает расти⁴.

Учитывая социальную значимость и уровень экономического ущерба, наносимого депрессиями, и необъективность статистической информации, считаем необходимым определить реальные масштабы распространения депрессий и тревоги среди жителей Вологодской области, а также охарактеризовать группу лиц, страдающих ими.

Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, совместно с Департаментом здравоохранения Вологодской области, начиная с 2000 г. проводит комплексное изучение социально-психологического климата и психического здоровья населения региона. В рамках данного исследования мы изучали распространенность депрессивных состояний среди населения области в 2002–2003 гг. с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии⁵ по стандартной методике⁶, а также среди пациентов и персонала некоторых

⁴ Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – Москва, 2003.

⁵ Данная методика предложена ВОЗ и состоит из двух шкал (шкала тревоги и шкала депрессии), по 7 вопросов каждая. В результате ее использования можно определить уровень тревоги и депрессии как: а) клинически выраженный, б) субклинически выраженный, в) отсутствие симптомов заболевания.

⁶ Опрошено 1500 жителей области в городах Вологде и Череповце, а также 8 районах области.

лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Вологодской области⁷, принимая во внимание психосоматический характер данных расстройств и необходимость выявления внедиспансерного контингента.

Согласно результатам использования данной методики, 3% вологжан находятся в состоянии клинически выраженной депрессии. Им требуется немедленное стационарное наблюдение с целью оказания квалифицированной психологической помощи. У 30% респондентов – субклинически выраженная депрессия (нуждаются в консультации психолога, психиатра, а также в специализированной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях). Лишь у 67% населения признаки депрессии отсутствуют. По сравнению с 2002 г. уровень распространения депрессии среди населения практически не изменился (рис. 1).

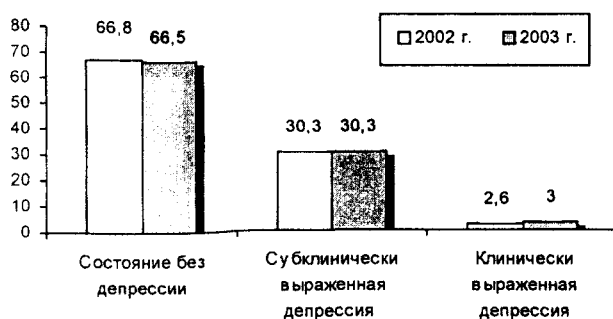


Рис. 1. Уровень распространения депрессии среди населения области в 2002 – 2003 гг. (в %).

Уровень тревожности жителей региона также практически не изменился по сравнению с 2002 г. (рис. 2).

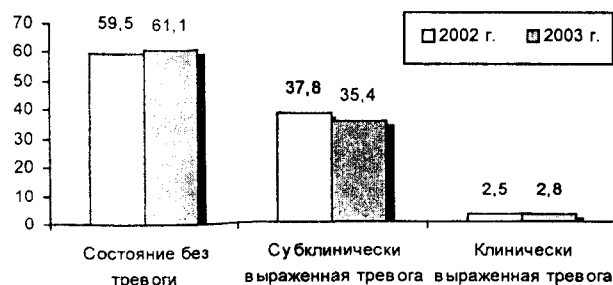


Рис. 2. Уровень распространения тревоги среди населения области в 2002 – 2003 гг. (в %).

⁷ Было опрошено: в 2002 г. – 700 пациентов территориальной поликлиники №3 г. Вологды, в 2003 г. – 220 пациентов и 30 сотрудников ЦРБ Устюженского района, а также 260 пациентов и 50 сотрудников различных отделений одной из больниц г. Вологды.

Сравним полученные результаты с данными статистики. Доля лиц, состоящих на диспансерном учете в связи с психическим расстройством, на начало 2003 г. составляла 18,5 тыс. человек. Однако, согласно результатам нашего исследования, в амбулаторном лечении, а значит, и постановке на учет (в связи с депрессией или тревогой) нуждаются 30 тыс. жителей области (3% населения). Консультативная помощь, по данным Областного комитета государственной статистики, оказывалась по причине какого-либо психического заболевания лишь 11 тыс. вологжан, что в 35 раз меньше необходимого (30% населения имеет субклинически выраженную тревогу или депрессию). Однако депрессия – лишь один из видов учитываемых психических расстройств, что говорит о сильно заниженных данных медицинской статистики.

Депрессия и тревога тесно связаны друг с другом. Судя по результатам используемых нами методик, в состоянии без тревоги и депрессии находятся около половины жителей региона. У 21% вологжан повышенный уровень тревоги и депрессии, что ниже аналогичного показателя в 2002 г. (рис. 3).

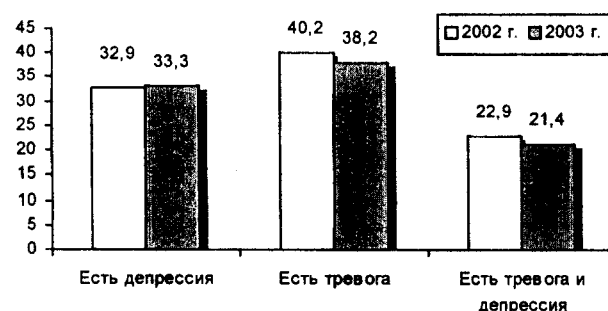


Рис. 3. Динамика распространения тревоги и депрессии среди жителей региона в 2002 – 2003 гг. (в %).

Какая группа лиц наиболее подвержена тревоге и депрессии? Рассмотрим социальный портрет этой группы.

В первую очередь, в группу риска входят женщины. Среди них 24% страдают повышенным уровнем тревоги и депрессии; среди мужчин – 18%. Тем не менее, по данным статистики, среди суицидентов преобладают мужчины⁸ (86%).

⁸ Структура причин смерти населения Вологодской области в 2002 г. – Вологда, 2003.

Наиболее подвержены риску заболевания представители старшей возрастной группы (23% пенсионеров), в то время как молодежь более устойчива к тревоге и депрессии (12% молодых). К самоубийствам же более склонны люди среднего возраста⁹ (58%).

Тревожность и депрессия больше распространены среди тех, кто имеет среднее (25%) или среднее специальное (23%) образование. Низкие показатели зафиксированы у людей с незаконченным высшим (15%) либо высшим (16%) образованием.

Рассматривая семейное положение как возможный фактор, влияющий на возникновение тревоги и депрессии, можно отметить, что наибольшей опасности подвержены вдовы (35%), а также те женщины, которые не проживают совместно с мужем (33%). Более благополучны в данном аспекте незамужние и холостые (15%), преобладающие в молодежной возрастной группе.

Материальный достаток оказывает противоречивое влияние на подверженность людей некоторым психическим расстройствам. Наиболее высокий уровень тревоги и депрессии наблюдается среди тех, кто относит себя к «нищим» (38%; рис. 4). Второе место занимают «богатые» (33%). Однако, учитывая малую долю (1%) в выборке тех, кто относит себя к богатым, мы не можем говорить о достоверности полученных данных.

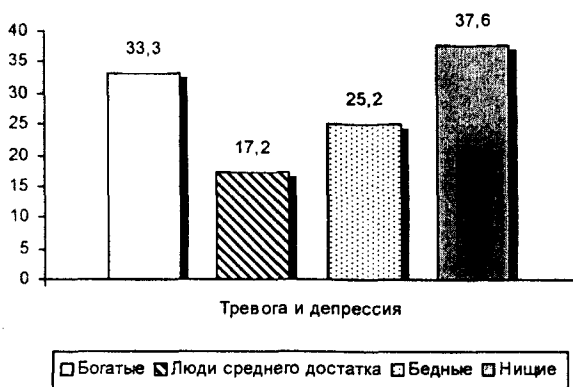


Рис. 4. Доля жителей, страдающих тревогой и депрессией, в зависимости от социальной самоидентификации (в % к данной группе).

⁹ Там же.

В «группу риска» входят также сельские жители. Так, например, если 19% городского населения имеет клинически или субклинически выраженные тревогу и депрессию, то среди представителей села таких 28% (среди суицидентов¹⁰ их 62%).

Считается, что до 80% депрессивных пациентов лечатся не у психиатров, а у врачей других специальностей. Как показывают исследования, каждый пятый, побывавший на приеме у терапевта, и каждый четвертый, посетивший общесоматический стационар, нуждаются в лечении депрессии. Из их числа лишь 30% пациентов устанавливается правильный диагноз и только в 25% случаев назначается адекватная терапия. Это обусловлено не только и не столько недостаточной осведомленностью врачей в области психиатрии, но и объективными сложностями диагностики атипичных, стертых форм депрессий. Так, более половины больных не осознают, что страдают психическим расстройством, и предъявляют только соматические жалобы¹¹.

В свою очередь, несвоевременная и неадекватная терапия депрессии приводит к усугублению соматического заболевания (если оно сочетается с депрессией) и хронификации депрессивного состояния.

Депрессия может провоцировать соматическое заболевание (например, ишемическую болезнь сердца), являться фактором, ухудшающим прогноз таких заболеваний, как паркинсонизм, диабет, злокачественные новообразования, СПИД и др. Клинически очерченная депрессия у соматических больных чаще приводит к инвалидизации, чем отдельно взятое клиническое заболевание. Депрессия также повышает риск летального исхода соматического заболевания. Так, вероятность смерти в течение 6 месяцев после инфаркта миокарда при присоединении депрессии увеличивается в 3–4 раза. Наряду с повышением летальности от телесного недуга причиной смерти больных, у которых соматическое заболевание сопровождается

¹⁰ Там же.

¹¹ Снедкова Л.В. Депрессия как общемедицинская проблема // <http://infb.hippo.ru/ofdoc/html/depression.htm>.

депрессией, часто становится самоубийцей, причем суицидальный риск выше, чем у пациентов с «неосложненной» депрессией¹².

С целью изучения распространенности тревоги и депрессии в общесоматической сети и оценки потребности пациентов психологической помощи в наше исследование был включен социологический опрос пациентов крупной многопрофильной больницы города Вологды. Были получены следующие результаты.

Уровень тревоги и депрессии

	Отсутствует
Средний по области уровень	61,1
Пациенты городской больницы	53,7
Отделения:	
– неврологическое	60,0
– кардиологическое №1	57,9
– кардиологическое №2	48,8
– ревматологическое	64,3
– гастроэнтерологическое	38,2
– пульмонологическое	71,1

Наиболее тревожны и депрессивны (54% соответственно) пациенты гастроэнтерологического и кардиологических отделений, особенно кардиологического отделения, где проходят курс лечения больные с сердечно-сосудистой патологией (депрессия и тревога выявлены у 52% опрошенных). Каждый пациент данного отделения нуждается в психологической помощи, в госпитализации, амбулаторном лечении и психофармакологии.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что ситуация в сфере общесоматического здоровья в регионе неблагоприятная. Треть жителей региона имеет клинически или субклинически выраженную депрессию, 38% – находятся в состоянии тревоги, у 21% населения повышен уровень тревоги, и депрессии. Причем данные за последние годы снижены и являются многочисленным внедиспансерным контингентом больных, превосходящим по численности в несколько десятков раз.

¹² Дубницкая Э.Б. Психосоматические соотношения депрессии у больных с соматическими заболеваниями. Психиатрия и психофармакотерапия. – Т. 2. – №2. – www.consilium-medicum.com/media/psycho/00_02/40

Уровень тревоги (46%) и депрессии (41%) среди пациентов городской больницы значительно выше, чем в целом по области (38 и 33% соответственно) [таблица]. Клинически выраженная тревога обнаружена у 3% пациентов, что требует амбулаторной помощи специалиста. 7% больных страдают клинически выраженной депрессией, что более чем в 2 раза выше среднеобластного уровня.

Уровень тревоги и депрессии пациентов городской больницы г. Вологды (в %)

	Клинически выражена	Депрессия		
		Отсутствует	Субклинически выражена	Клинически выражена
Средний по области уровень	2,8	66,5	30,3	3,0
Пациенты городской больницы	3,1	59,5	33,5	7,0
Отделения:				
– неврологическое		75,0	25,0	
– кардиологическое №1	5,3	63,2	28,9	7,9
– кардиологическое №2	4,7	48,8	41,9	9,3
– ревматологическое	2,4	69,0	28,6	2,4
– гастроэнтерологическое	1,3	46,1	44,7	9,2
– пульмонологическое	5,3	76,3	15,8	7,9

В связи с этим считаем необходимым проведение постоянного мониторинга тревожно-депрессивных состояний среди населения. Требуется также обучение врачей общей практики своевременному распознаванию и выявлению среди своих пациентов «группы риска» с целью оказания им адекватной помощи. Все это будет способствовать, на наш взгляд, существенному снижению количества неоправданных инструментальных и лабораторных исследований, равно как и неадекватных терапевтических назначений, соответственно расширяя специфическую терапию антидепрессантами. В итоге должна снизиться частота поступлений больных в стационары – как общесоматические, так и психиатрические, повысится качество жизни пациентов, страдающих тревожно-депрессивными расстройствами, улучшится их социальное функционирование.