Сравнение способов совладания с тревожными расстройствами в пожилом и старческом возрасте

Т. П. Калиниченко, Ю. И. Полищук

Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского

Цель исследования: определение роли возрастного фактора в выборе способов совладающего поведения у пациентов пожилого и старческого возраста с тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами.
Дизайн: сравнительное исследование.
Материалы и методы. Невыборочно обследованы 214 человек пожилого и старческого возраста (158 больных с тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами и 56 человек без них). Применяли шкалу Тейлора для определения уровня тревоги, гериатрическую шкалу депрессии, краткую шкалу оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination), опросник E. Heim о способах копинга.
Результаты. Когнитивный неадаптивный копинг «смирение» при высоком уровне тревоги, поведенческий относительно адаптивный копинг «отвлечение» при среднем уровне тревоги статистически значимо чаще используют пациенты старческого возраста по сравнению с пожилыми. Поведенческий неадаптивный копинг «активное избегание» при высоком уровне тревоги и поведенческую адаптивную стратегию «обращение» при низком уровне тревоги значимо чаще наблюдают в пожилом возрасте по сравнению со старческим.
Заключение. Выбор способов совладания с тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами в пожилом и старческом возрасте имеет свои особенности и реализуется в зависимости от стратегии и уровня копинга, а также от степени выраженности указанных расстройств. Компенсация недостаточности когнитивных копингов в старости происходит за счет сохранных поведенческих стереотипов совладания с тревожными состояниями.
Ключевые слова: поздний возраст, тревожные расстройства, копинг-поведение.

Comparing Anxiety Coping Strategies in the Elderly and Very Elderly

T. P. Kalinichenko, Yu. I. Polishchuk

Moscow Psychiatric Research Institute, a branch of the V. P. Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology

Study Objective: To determine the role of age in the choice of coping strategies by elderly and very elderly patients with anxiety disorders and mixed anxiety and depressive disorders.
Study Design: This was a comparative study.
Materials and Methods: Non-selective examination was done of 214 elderly and very elderly people (158 patients with anxiety disorders or mixed anxiety and depressive disorders and 56 people without these problems). The study tools included the Taylor Manifest Anxiety Scale, which was used to assess anxiety levels, the Geriatric Depression Scale, the Mini-Mental State Examination, and a coping strategy questionnaire developed by E. Heim.
Study Results: The very elderly, to a statistically significant degree in comparison with the elderly, more frequently employ acceptance, a maladaptive cognition-related coping strategy, to control high levels of anxiety, and diversion, a relatively adaptive action-related coping strategy, for moderate levels of anxiety. Active avoidance, an action-related maladaptive coping response to high levels of anxiety, and seeking for attention and care, an action-related adaptive coping mode for low levels of anxiety, are significantly more frequently observed in the elderly than in the very elderly.
Conclusion: The choice of coping strategies for anxiety disorders and mixed anxiety and depressive disorders differs for the elderly in comparison with the very elderly. It is influenced by the type of coping strategy itself, its category and the severity of the disorders. The lack of cognition-related coping strategies in the elderly and very elderly is compensated by intact action-related patterns of coping with anxiety.
Keywords: advanced age, anxiety disorders, coping behavior.

Тревожные и тревожно-депрессивные расстройства принадлежат к числу часто встречающихся психических расстройств в позднем возрасте [6, 7]. Рост их распространенности связан с постарением населения и соответствующим ростом доли людей позднего возраста в популяции [3, 11], в том числе и в России [1]. Указанные патологические состояния у пациентов пожилого и старческого возраста сопряжены с выраженным увеличением смертности [5], в значительной мере в связи с коморбидной сердечно-сосудистой патологией [8].

Исследование механизмов адаптации и дезадаптации, определение копингов у больных с тревожными расстройствами в позднем возрасте необходимы для адекватной дифференцированной психосоциальной терапии [2, 9].

Особенности копингов у таких пациентов мало изучены [10], за исключением религиозного копинга [4], исследования которого применительно к данному возрастному периоду многочисленны [12, 13].

Все вышеизложенное свидетельствует о важности дальнейшего изучения способов совладающего поведения при тревожных расстройствах в позднем возрасте.

Цель исследования: определить роль возрастного фактора в выборе способов совладающего поведения у больных пожилого и старческого возраста с тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено в период с 2011 по 2014 г. на базе отделений дневного пребывания двух центров социального обслуживания Москвы. Всего невыборочно обследовали 214 лиц позднего возраста, из них 180 (84,1%) женщин и 34 (15,9%) мужчины. В эксперименте участвовали 113 (52,8%) пациентов пожилого (60–74 года, в среднем 68,1 ± 4,7 года) и 101 (47,2%) старческого (75–90 лет, в среднем 79,5 ± 3,9 года) возраста.

Калиниченко Татьяна Петровна — младший научный сотрудник МНИИП — филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России. 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, стр. 10. E-mail: kalinichenko77@bk.ru
Полищук Юрий Иосифович — д. м. н., профессор, руководитель отдела психической патологии позднего возраста МНИИП — филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России. 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, стр. 10. E-mail: yu.polischuk@mail.ru

Выделены три группы обследованных:

- 1-я (группа сравнения) — с низким уровнем тревоги или ее отсутствием (0–14 баллов по шкале Тейлора; средний балл — 9,0 ± 3,7) — 56 (26,2%) человек;
- 2-я — со средним уровнем тревоги (15–24 балла; средний балл — 19,3 ± 3,0) — 68 (31,8%) человек;
- 3-я — с высоким уровнем тревоги (25 баллов и выше; средний балл — 31,2 ± 5,1) — 90 (42,0%) человек.

В свою очередь, внутри каждой группы выделены подгруппы пожилых и старых людей.

Критерии включения: пожилой и старческий возраст, тревожные и тревожно-депрессивные расстройства разной степени выраженности (для 2-й и 3-й групп), информированное согласие пациентов на проведение обследования.

Критерии исключения: психотические расстройства, тяжелые соматические и неврологические заболевания, деменция средней и тяжелой степени.

В исследовании использовали клинико-психопатологический, анамнестический и психометрические методы: шкалу Дж. Тейлора для определения уровня тревоги, адаптированную Т. А. Немчиновым; гериатрическую шкалу депрессии; краткую шкалу оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination); опросник E. Heimo о способах копинга, адаптированный Б. Д. Карвасарским и соавт. (1998).

Статистическая обработка материала выполнена с использованием пакета программ SPSS. Для сравнения частоты выбора копингов применен статистический анализ таблиц сопряженности с помощью точного критерия Фишера. Различия показателей считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клинические формы тревожных и тревожно-депрессивных расстройств (в соответствии с МКБ-10) зарегистрированы у 158 из 214 обследованных:

- пролонгированная тревожно-депрессивная реакция — 42 (19,6%) случая;
- кратковременная тревожно-депрессивная реакция — 41 (19,2%);
- смешанное тревожное и депрессивное расстройство — 22 (10,3%);
- органическое тревожное расстройство — 18 (8,4%);
- тревожная дистимия — 16 (7,5%);
- тревожная депрессия — 11 (5,1%);
- тревожно-фобические расстройства — 5 (2,3%);
- генерализованное тревожное расстройство — 3 (1,4%).

Остальные 56 человек позднего возраста были психически здоровы.

Результаты обследования представлены в *таблице*.

Как показывает анализ данных *таблицы*, выбор копингов в группах пожилого и старческого возраста отличается. Эти различия зависят как от стратегии копинга, так и от степени тревожности. Статистически значимое влияние возрастного фактора обнаружено в отношении когнитивного неадаптивного копинга «смирение» и некоторых поведенческих копингов: адаптивного «обращение»; относительно адаптивного «отвлечение»; неадаптивного «активное избегание». Для остальных копингов, содержащихся в опроснике E. Heim, влияние возрастного фактора не выявлено.

Самый распространенный неадаптивный когнитивный копинг «смирение» при высоком уровне тревоги пациенты старческого возраста используют статистически значимо чаще пожилых (более чем в 2 раза, $p < 0,05$): 39,1% против 18,2%. При низком уровне тревоги разница в выборе этой стратегии составляет приблизительно 1,5 раза (11,1% у пожилых и 15,0% у старых; различия значимы на уровне $p > 0,05$).

При низком уровне тревоги адаптивную поведенческую стратегию «обращение» статистически значимо чаще ($p < 0,05$) наблюдают у пожилых (25,0%), чем у больных старческого возраста, не применявших ее. В группе со средним уровнем тревоги пожилые используют этот копинг реже пациентов старческого возраста (6,1% против 8,6%), а в группе с высоким уровнем тревоги частота применения копинга «обращение» у пожилых (11,4%) выше, чем у лиц старческого возраста (10,9%); в обоих случаях различия не значимы ($p > 0,05$).

Самая частая относительно адаптивная поведенческая стратегия «отвлечение» преобладает у лиц старческого возраста по сравнению с пожилыми. Однако если при высоком уровне тревоги частота ее применения у пациентов старческого возраста (23,9%) в 2,6 раза выше, чем у пожилых (9,0%), то при среднем уровне тревоги — уже в 3 раза выше: 37,1% и 12,1% соответственно, $p < 0,05$.

Самый распространенный неадаптивный поведенческий копинг «активное избегание» при высоком уровне тревоги пожилые больные применяют статистически значимо чаще старых (в 2,9 раза, $p < 0,05$): 25,0% и 8,7% соответственно. При среднем уровне тревоги этот копинг выбирают 27,2% пожилых и 14,3% пациентов старческого возраста ($p > 0,05$). При низком уровне тревоги пожилые применяют эту стратегию совладания в 2,2 раза чаще (11,1%), чем лица старческого возраста (5,0%), однако различия не достигают статистической значимости ($p > 0,05$).

Согласно результатам исследования, влияние фактора возраста на выбор способов совладания с тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами зависит от степени их выраженности. Так, относительно адаптивный поведенческий копинг «отвлечение» при среднем уровне тревоги в старческом возрасте используют в 3,1 раза чаще, чем в пожилом, а при высоком уровне тревоги — в 2,6 раза чаще; в группе с низкой тревожностью частота применения этого копинга у пожилых и старых пациентов статистически значимо не отличается. Адаптивный поведенческий копинг «обращение» при низком уровне тревоги пожилые пациенты выбирают статистически значимо чаще людей старческого возраста, в отличие от групп со средней и высокой тревожностью, где статистически значимых различий в использовании этого копинга у пожилых и старых не выявлено.

Для неадаптивных стратегий совладания влияние фактора возраста зависит от уровня и стратегии копинга. Так, на когнитивном уровне неадаптивный копинг «смирение» в старческом возрасте применяют значительно чаще, чем в пожилом, а на поведенческом уровне неадаптивный копинг «активное избегание» значительно чаще используют в пожилом возрасте по сравнению со старческим.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Более частое использование относительно адаптивного копинга «отвлечение», более редкое применение неадаптивного поведенческого копинга «активное избегание» в старческом возрасте по сравнению с пожилым говорит о том, что пациенты старческого возраста используют поведенческие копинги эффективнее пожилых, компенсируя тем самым недостаточность адаптивности на когнитивном

Таблица

Копинги в пожилом и старческом возрасте при различной выраженности тревоги по шкале Тейлора, n (%)

Копинги	Низкий уровень тревоги		Средний уровень тревоги		Высокий уровень тревоги	
	пожилые (n = 36)	старые (n = 20)	пожилые (n = 33)	старые (n = 35)	пожилые (n = 44)	старые (n = 46)
Когнитивные						
Игнорирование (н)	0	1 (5,0)	0	1 (2,9)	2 (4,5)	2 (4,4)
Смирение (н)	4 (11,1)	3 (15,0)	5 (15,2)	10 (28,5)	8 (18,2)	18 (39,1)*
Диссимуляция (н)	2 (5,5)	1 (5,0)	6 (18,1)	2 (5,6)	7 (15,9)	4 (8,7)
Сохранение самообладания (а)	8 (22,2)	4 (20,0)	9 (27,2)	5 (14,3)	5 (11,4)	6 (13,0)
Проблемный анализ (а)	6 (16,7)	2 (10,0)	3 (9,1)	5 (14,3)	6 (13,6)	4 (8,7)
Относительность (о)	6 (16,7)	1 (5,0)	2 (6,1)	1 (2,9)	1 (2,3)	2 (4,4)
Религиозность (о)	6 (16,7)	5 (25,0)	4 (12,1)	8 (22,8)	7 (15,9)	3 (6,5)
Растерянность (н)	1 (2,8)	0	2 (6,1)	1 (2,9)	5 (11,4)	6 (13,0)
Придание смысла (о)	2 (5,5)	1 (5,00)	0	1 (2,9)	1 (2,3)	0
Установка собственной ценности (а)	1 (2,8)	2 (10,0)	2 (6,1)	1 (2,9)	2 (4,5)	1 (2,2)
Эмоциональные						
Протест (а)	3 (8,3)	2 (10,0)	5 (15,2)	3 (8,6)	4 (9,0)	4 (8,7)
Эмоциональная разрядка (о)	0	0	0	2 (5,6)	1 (2,3)	4 (8,7)
Подавление эмоций (н)	3 (8,3)	3 (15,0)	6 (18,1)	9 (25,7)	9 (20,5)	8 (17,4)
Оптимизм (а)	28 (77,8)	13 (65,0)	13 (39,4)	15 (42,9)	10 (22,7)	8 (17,4)
Пассивная кооперация (о)	1 (2,8)	0	5 (15,2)	3 (8,6)	6 (13,6)	5 (10,9)
Покорность (н)	0	1 (5,0)	1 (3,0)	0	5 (11,4)	8 (17,4)
Самообвинение (н)	1 (2,8)	1 (5,0)	1 (3,0)	3 (8,6)	9 (20,5)	6 (13,0)
Агрессивность (н)	0	0	2 (6,1)	0	0	3 (6,5)
Поведенческие						
Отвлечение (о)	7 (19,5)	6 (30,0)	4 (12,1)	13 (37,1)*	4 (9,0)	11 (23,9)
Альтруизм (а)	8 (22,2)	9 (45,0)	10 (30,3)	7 (20,0)	9 (20,5)	11 (23,9)
Активное избегание (н)	4 (11,1)	1 (5,0)	9 (27,2)	5 (14,3)	11 (25,0)	4 (8,7)*
Компенсация (о)	1 (2,8)	2 (10,0)	3 (9,1)	3 (8,6)	7 (15,9)	7 (15,2)
Конструктивная активность (о)	2 (5,5)	0	2 (6,1)	0	2 (4,5)	0
Отступление (н)	1 (2,8)	1 (5,0)	2 (6,1)	4 (11,4)	5 (11,4)	6 (13,0)
Сотрудничество (а)	4 (11,1)	1 (5,0)	1 (3,0)	0	1 (2,3)	2 (4,4)
Обращение (а)	9 (25,0)	0*	2 (6,1)	3 (8,6)	5 (11,4)	5 (10,9)

Примечания.
1. а — адаптивный копинг, о — относительно адаптивный копинг, н — неадаптивный копинг.
2. (*) — отличие от пожилых пациентов с тем же уровнем тревоги статистически значимо ($p < 0,05$).

уровне (старые чаще пожилых выбирают неадаптивный когнитивный копинг «смирение»). Это достигается за счет бóльшей сохранности поведенческих навыков в старческом возрасте и адаптивных стереотипов совладания с тревожными состояниями. Пожилые пациенты более эффективно применяют когнитивный уровень копингов по сравнению с лицами старческого возраста.

Результаты данного исследования используют в целях повышения эффективности психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации пациентов позднего возраста с тревожными расстройствами. Терапевтические и реабилитационные мероприятия проводят на базе центров социального обслуживания города Москвы «Южнопортовый» и «Сокольники».

ЛИТЕРАТУРА

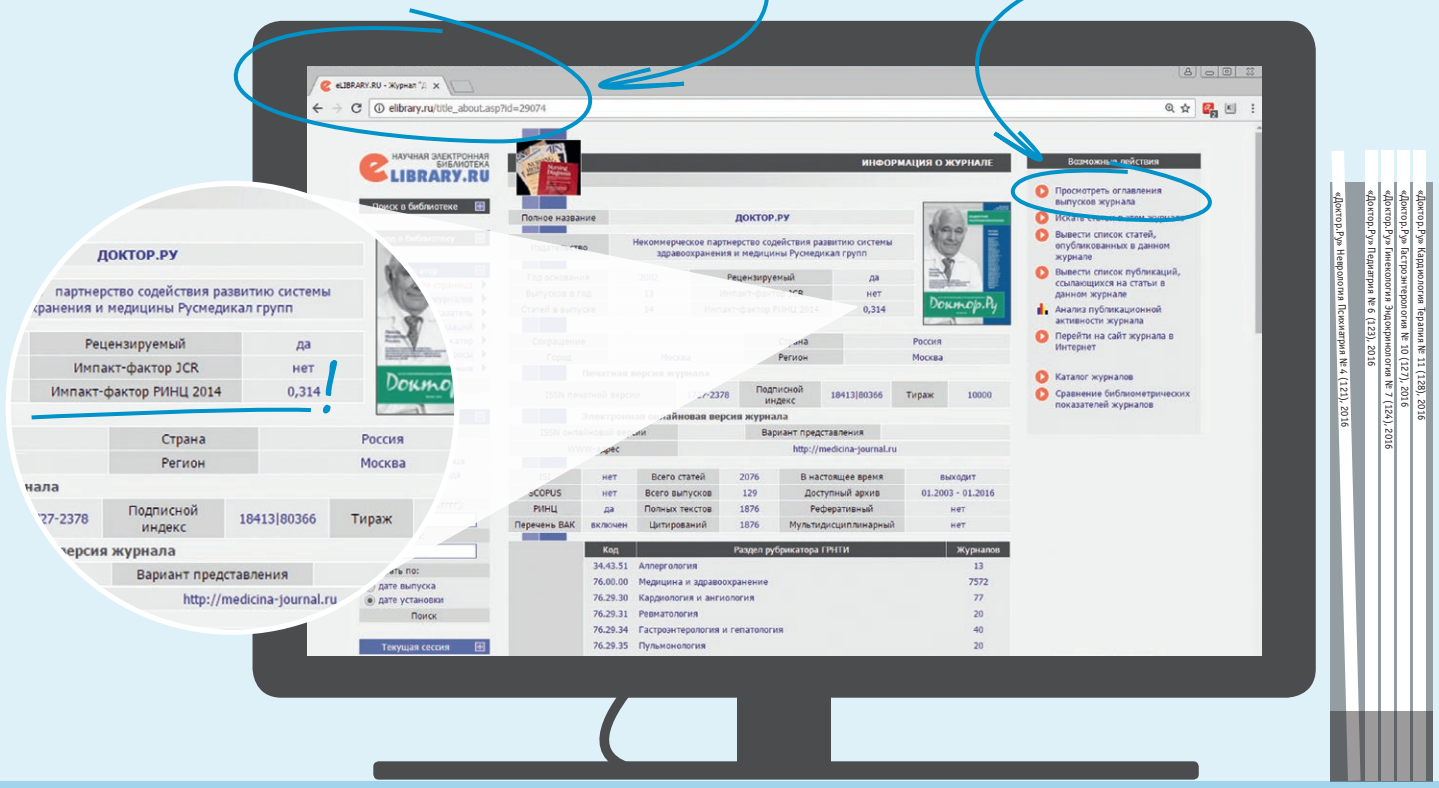
1. Макушкин Е. В., Пищикова Л. Е. Аспекты эволютивности и инволютивности в раскрытии онтогенеза позднего возраста // Рос. психиатр. журн. 2013. № 2. С. 50–57.
2. Полищук Ю. И., Федотов Д. Д. Очерки пограничной геронтопсихиатрии: монография. Смоленск, 2012. 104 с.
3. Blay S. L., Marinho V. Anxiety disorders in old age // Curr. Opin. Psychiatry. 2012. Vol. 25. N 6. P. 462–467.
4. Bradshaw M., Ellison C. G., Fang Q., Mueller C. Listening to religious music and mental health in later life // Gerontologist. 2015. Vol. 55. N 6. P. 961–971.
5. Lenze E. J., Wetherell J. L. A lifespan view of anxiety disorders // Dialogues Clin. Neurosci. 2011. Vol. 13. N 4. P. 381–399.
6. Lenze E. J., Wetherell J. L. Anxiety disorders: new developments in old age // Am. J. Geriatr. Psychiatry. 2011. Vol. 19. N 4. P. 301–304.
7. McCall-Hosenfeld J. S., Mukherjee S., Lehman E. B. The prevalence and correlates of lifetime psychiatric disorders and trauma exposures in urban and rural settings: results from the national comorbidity survey replication (NCS-R) // PLoS One. 2014. Vol. 9. N 11: e112416.
8. Player M. S., Peterson L. E. Anxiety disorders, hypertension, and cardiovascular risk: a review // Int. J. Psychiatry Med. 2011. Vol. 41. N 4. P. 365–377.
9. Pozzi G., Frustaci A., Tedeschi D., Solaroli S. et al. Coping strategies in a sample of anxiety patients: factorial analysis and associations with psychopathology // Brain Behav. 2015. Vol. 5. N 8. 10 p.
10. Shrestha S., Robertson S., Stanley M. A. Innovations in research for treatment of late-life anxiety // Aging Ment. Health. 2011. Vol. 15. N 7. P. 811–821.
11. Smits C. H., van den Beld H. K., Aartsen M. J., Schroots J. J. Aging in the Netherlands: state of the art and science // Gerontologist. 2014. Vol. 54. N 3. P. 335–343.
12. Ward E. C., Mengesha M. M., Issa F. Older African American women's lived experiences with depression and coping behaviours // J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 2014. Vol. 21. N 1. P. 46–59.
13. Zenevicz L., Moriguchi Y., Madureira V. S. The religiosity in the process of living getting old // Rev. Esc. Enferm. USP. 2013. Vol. 47. N 2. P. 433–439.

Библиографическая ссылка:
Калиниченко Т. П., Полищук Ю. И. Сравнение способов совладания с тревожными расстройствами в пожилом и старческом возрасте // Доктор.Ру. 2017. № 1 (130). С. 45–48.

ЧИТАЙТЕ Доктор.Ру

в научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU

Все выпуски здесь



«Доктор.Ру» Неврология Психиатрия № 4 (121) 2016
«Доктор.Ру» Психиатрия № 6 (123) 2016
«Доктор.Ру» Гинекология Эндокринология № 7 (124) 2016
«Доктор.Ру» Гастроэнтерология № 10 (127) 2016
«Доктор.Ру» Кардиология Терапия № 11 (128) 2016

Реклама

По всем интересующим вас вопросам звоните в редакцию «Доктор.Ру» по тел.: (495) 580-09-96

РУСМЕДИКАЛ ГРУПП