

*М. М. Скугаревская¹, О. В. Шилова¹, О. В. Ягловская²,
И. Ю. Бергель¹, Е. С. Ванда¹, Е. И. Скугаревская²*

УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И МОТИВАЦИЯ К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКИМИ УПРАЖНЕНИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»¹,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»²*

Физические упражнения являются одним из эффективных способов терапии депрессии легкой и умеренной степени тяжести. С целью изучения базового уровня физической активности и мотивации к занятиям физкультурой у пациентов, проходивших стационарное лечение по поводу депрессивного расстройства, было опрошено 83 пациента (10 мужчин и 73 женщины, средний возраст 37 [32;58] лет). Использовался метод анкетирования и Глобальный опросник по физической активности (GPAQ). Пациенты в дополнение к стандартной терапии занимались физическими упражнениями в соответствии с разработанной программой под руководством инструктора. Анализировался уровень мотивации к занятиям физическими упражнениями, подходы к его повышению. По окончании лечения пациенты опрашивались на предмет влияния физических упражнений на общее состояние, уровень физической подготовленности, а также планов на физическую активность в будущем. По результатам исследования был выявлен невысокий уровень базовой физической активности как в процессе трудовой, так и досуговой деятельности, высокий уровень пассивного отдыха. В процессе терапии сформировались позитивное отношение к физическим упражнениям как лечебной процедуре и установка к продолжению занятий.

Ключевые слова: депрессия, физическая активность, уровень мотивации, лечение.

***M. M. Skugarevskaya, O. V. Shilova, O. V. Yarlovskaya,
I. Yu. Bergel, E. S. Wanda, E. I. Skugarevskaya***

LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY AND MOTIVATION TO EXERCISE IN PATIENTS WITH DEPRESSION

Using of physical exercise is one of the effective ways to treat mild to moderate depression. The aim of this study was to investigate the basic level of physical activity and motivation to exercise in patients with depression. The survey method and the Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) were used. 83 patients were interviewed (10 men and 73 women, mean age 37 [32;58] years). The patients performed exercise under the instructor supervision as an adjuvant therapy of depression. We analyzed level of motivation to exercise and the approaches to improve it. At the end of the treatment, the patients were interviewed for the effect of exercise on their general condition, level of physical stamina, and their plans for physical activity in the future. A low level of physical activity was revealed in activity at work and recreational activities. A high level of sedentary behavior was revealed. A positive attitude towards exercise as a medical procedure was formed in the course of the realized therapy.

Key words: Depression, physical activity, motivation, therapy.

Программы обеспечения демографической безопасности Республики Беларусь, других государств, а также глобальные планы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в целом направлены в своей деятельности на увеличение продолжительности жизни и снижение смертности от наиболее распространенных неинфекционных заболеваний: болезней сердечно-сосудистой и дыхательной систем, диабета и других [1, 2]. Одним

из перспективных направлений деятельности систем здравоохранения для достижения этих целей является мониторинг факторов риска [3]. Целью анализа факторов риска в контексте здоровья населения может стать сокращение их воздействия как первый шаг контроля над неинфекционными заболеваниями. Известно, что, по меньшей мере, 75 % случаев сердечно-сосудистых заболеваний связано с неправильным питанием и отсутствием

физической активности, а также с курением, что ведет к повышению индекса массы тела, артериальной гипертензии и неблагоприятным показателям липидного профиля в крови [1].

С другой стороны, адекватная возрасту физическая активность прочно ассоциируется не только со здоровым образом жизни. Доказано также, что она является протективным фактором многих неинфекционных заболеваний [6]. Психофизиологические механизмы ее воздействия на организм изучены и дополняются новыми научными данными. Это физиологические изменения в процессе повышения активности (модуляция стрессовых реакций, механизмы нейропластичности, повышение болевого порога и уровня эндоканнабиноидов). Их дополняют психологические механизмы, связанные с повышением самооценки, появлением опыта преодоления трудностей. Структурированная, дозированная физическая нагрузка в различных формах доказала свою эффективность как в снижении риска развития заболеваний и их осложнений, так и увеличении доли положительных исходов заболеваний и улучшении качества жизни, связанного со здоровьем [6].

Комплексная система работы с населением, в основе которой лежит первичная профилактика, является наиболее экономически эффективной системой эпидемиологического контроля факторов риска развития неинфекционных заболеваний. Мотивационное интервью по формированию навыков здорового образа жизни, в том числе, по повышению физической активности, является одной из форм деятельности медицинских работников и прочно вошло в практику здравоохранения [4].

Данные исследований последних десятилетий доказывают эффективность дозированной физической нагрузки также при ряде психических расстройств и состояний: при депрессивных расстройствах, когнитивных нарушениях пожилого возраста и других [7].

Депрессия является одним из самых распространенных психических расстройств. По данным ВОЗ риск заболеть депрессивным расстройством в течение жизни составляет примерно 15 %, а страдает в мире от нее более 300 миллионов человек во всех возрастных группах. Депрессия является одной из лидирующих причин утраты трудоспособности, вносит значительный «вклад» в глобальное бремя болезней (ВОЗ, 2017). Кроме того, данная патология усугубляет течение основных неэпидемиологических заболеваний и ухудшает их течение и увеличивает риск осложнений.

Существует двусторонняя связь между депрессией и двигательной активностью: психомоторное снижение является симптомом депрессивного расстройства, а доказанное в эксперименте длительное снижение физической активности приводит к стойкому снижению настроения [9]. В ряде исследований доказана сопоставимая с использованием антидепрессантов эффективность структурированной физической нагрузки на выздоровление пациентов некоторых клинических групп с депрессивными расстройствами: послеродовые депрессии, подростковые, у пожилых пациентов [11]. Чаще всего для лечения психических расстройств использовались аэробные нагрузки (кардиотренировки) – физические упражнения низкой и средней интенсивности, при которых задействовано множество мышц и кислород используется как основной источник энергии для поддержания мышечной активности, например, ходьба, бег, плавание. Реже использовались анаэробные нагрузки, направленные на улучшение отдельных компонентов физического состояния (координацию, баланс, скорость, силу и др.), комбинированные нагрузки [10].

Значительной проблемой остается низкий уровень мотивации к повышению уровня физической активности, обусловленный рядом факторов. Это, прежде всего, связано с состоянием снижения волевых функций и активности вследствие самого депрессивного расстройства. Человеком овладевает пессимистичное отношение к себе, действительности и будущему (ощущение бесперспективности), ангедония (утрата способности получать удовольствие). Большую роль играют также отсутствие знаний и привычки к физической активности как части образа жизни, сформированной целенаправленно, самостоятельно, либо вынесенной из родительской семьи. Попытки повысить физическую активность депрессивных пациентов посредством предоставления подробных рекомендаций (даже при последующих частых напоминаниях о необходимости этого), без внешней организующей помощи, не приводили к положительному эффекту.

В Республике Беларусь исследований, связанных с изучением уровня физической активности пациентов с депрессивными расстройствами, использования структурированной физической нагрузки как лечебного фактора, а также мотивации к продолжению занятий у данного контингента, ранее не проводилось.

Цель исследования. Изучить степень физической активности, уровень вовлеченности и мотивации

вазии к ее продолжению у пациентов с депрессивными расстройствами, проходящими стационарное лечение на базе Республиканского научно-практического центра психического здоровья.

Материалы и методы. В рамках реализации научно-исследовательского проекта «Разработать и внедрить метод адьювантной терапии депрессии с использованием структурированной физической нагрузки» было проанкетировано 83 пациента, проходивших лечение в Республиканском научно-практическом центре психического здоровья с диагнозами: депрессивный эпизод (умеренный с/без соматических симптомов), смешанное тревожное и депрессивное расстройство, расстройство адаптации с депрессивной реакцией. Среди пациентов было 10 мужчин и 73 женщины. Гендерное распределение пациентов в исследовании отражает соотношение пациентов в отделениях стационара. Средний возраст пациентов составил 37 [32;58] лет. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Критерием исключения были соматические противопоказания, препятствующие выполнению предлагаемого объема физических упражнений (состояние после недавно перенесенного инфаркта миокарда, оперативных вмешательств и др.).

Курс лечения, кроме стандартной терапии в соответствии с Протоколом диагностики и лечения, включал выполнение физических упражнений, структурированных в программу занятий, которая была разработана на основе классических принципов лечебной физкультуры. Программа включает в себя первоначальное и заключительное тестирование с использованием функциональных проб. В первый день проводится индивидуальная консультация, подбор и составление комплексов. Тренировки организованы в индивидуальном и групповом формате и включают в себя элементы дыхательной, зрительной и атлетической гимнастики. Включен широкий спектр физических упражнений: аэробных (терренкур/скандинавская ходьба), на растяжку, тренировку вестибулярного аппарата (стрейчинг, пилатес), кардиотренировок с использованием тренажеров.

Для мотивации к вовлечению в комплекс адьювантной (дополнительной) терапии с использованием структурированной физической нагрузки пациентам предлагались для ознакомления материалы, содержащие информацию о методе, проводилось мотивационное консультирование. Для изучения уровня физической активности (ФА) и степени вовлеченности в нее до госпитализации пациен-

там было предложено ответить на вопросы Глобального опросника по физической активности (GPAQ, инструмент, рекомендованный ВОЗ для поэтапного осуществления мониторинга (STEPS), для контроля над распространением неинфекционных заболеваний) [3]. На основании этого опросника уровень физической активности населения можно категоризировать на три группы:

1. Низкий. ФА не отвечает ни умеренным, ни высоким критериям.

2. Умеренный. ФА соответствует любому из следующих трех критериев: а) 3 дня активной нагрузки по меньшей мере 20 мин/день; б) 5 дней активности умеренной интенсивности или ходьбы более 30 мин/день в течение более 10 мин за 1 раз; с) 5 дней любой комбинации ходьбы, умеренной или высокой интенсивности деятельности.

3. Высокий. ФА соответствует одному из двух критериев: а) интенсивная активность более 3 дней в неделю; б) 7 дней любой комбинации ходьбы, умеренной или высокой интенсивности деятельности [5].

Для изучения знаний и приверженности физической активности использовали специально разработанный опросник, включающий вопросы о занятиях физкультурой до этапа госпитализации, а также о представлении пациентов об эффективности физических упражнений при психических расстройствах.

Статистический анализ произведен при помощи описательной статистики пакета SPSS 17.0.

Результаты и обсуждение

При изучении результатов заполнения опросника GPAQ о физической активности пациентов до начала расстройства были получены следующие результаты.

На вопрос «Требуется ли Ваша работа высокоинтенсивной деятельности, при которой значительно учащаются дыхание и пульс непрерывно в течение 10 минут?», положительно ответил только один пациент – мужчина 29 лет. Он не уточнил, сколько дней в неделю, и сколько в общей сложности минут. Остальные ответили отрицательно. У подавляющего большинства пациентов, проходивших лечение по поводу депрессивных расстройств, работа не была физически тяжелой.

При оценке среднеинтенсивной физической активности, связанной с трудовой деятельностью, (например, быстрая ходьба или поднятие небольших тяжестей, при которой незначительно учащаются дыхание и пульс) около 20 % пациентов

отметили, что им она свойственна в течение 5 дней на работе, в течение 420 [180;480] минут в неделю (7 [3;8] часов).

Было также предложено оценить активность при перемещении по пути на работу, в магазин и другие виды активного перемещения. Используют ходьбу пешком или езду на велосипеде не менее 10 минут в качестве средства передвижения большинство пациентов: в течение 6–7 дней в неделю, всего 60 [40;90] минут в неделю. Отрицательно оценила такого рода активность одна женщина 34 лет.

Следующий вопрос касался занятий спортом или активным досугом высокоинтенсивного характера (бег, футбол), при котором значительно учащаются дыхание и пульс, в течение не менее 10 минут. Положительно на этот вопрос не ответил никто из пациентов. Среднеинтенсивными физическими упражнениями или досугом (плавание, езда на велосипеде), при котором немного учащается дыхание или пульс в течение не менее 10 минут, занимались треть пациентов (37,5 %), в течение 4,5 [3;6] дней в неделю, в среднем 45 [30;60] минут в неделю.

Пациентам было предложено оценить также общее время пассивного времяпровождения – нахождения в сидячем или полулежащем положении на работе, дома, при поездке в автомобиле, чтении и просмотре телевизора. Оно составило 6 [3;8] часов в неделю.

Таким образом, можно говорить, что большинство пациентов с депрессивным синдромом (94 %) на этапе начала исследования (до начала регулярных физических тренировок) имели умеренный уровень физической активности за счет передвижения (ходьба пешком или езда на велосипеде), низкий уровень рабочей и рекреационной активности. Высокий уровень активности за счет работы или активного досуга был отмечен у 3 пациентов (3,6 %). Профиль уровней ФА у депрессивных пациентов отличается от данных популяционных исследований Российской Федерации, показавших доминирование высокой ФА (41,6–46,1 %) [5]. Умеренный и высокий уровни ФА способствуют дополнительной пользе для здоровья [8].

Проблема мотивации к изменениям и приверженности лечению является одной из ключевых в терапии психических расстройств. В нашем исследовании от участия в программе первоначально отказывалась существенная часть пациентов (до 30 %), ссылаясь как на симптомы самого депрессивного расстройства, так и высказывая в качестве мотивов и не связанные с ним причи-

ны (например, опасения подписывать информированное согласие). При дополнительном индивидуальном мотивационном консультировании часть пациентов удалось замотивировать. Был разработан мотивационный листок для пациентов, в котором в доступной форме описывался механизм влияния физических упражнений на настроение, обсуждались трудности начала занятий физкультурой, давалось краткое описание программы. Также проводилось индивидуальное консультирование инструкторами по лечебной физкультуре. Несмотря на такую программу мотивации еще около 25 % пациентов не завершили программу по причинам, не связанным с их соматическим или психопатологическим состоянием. В качестве пояснения отказа от занятий физкультурой чаще всего фигурировала «занятость» пациентов, когда, например, в установленное время отдавалось предпочтение посещению отделения физиотерапевтического лечения.

Изучение базовой приверженности занятиям физкультурой как компонента образа жизни пациентов показало следующие результаты. На вопрос «Занимались ли Вы ранее дома (самостоятельно) физическими упражнениями?» треть пациентов ответили «1–3 раза в неделю», около половины (45 %) пациентов – 1 раз в неделю и реже, остальные ответили, что «не занимались».

На вопрос «Считаете ли Вы физические упражнения эффективным средством комплексного лечения тревожно-депрессивных расстройств?» до вступления в программу только один пациент ответил отрицательно, остальные – положительно. Информация о пользе занятий была почерпнута, вероятно, из мотивирующей части работы с пациентами до включения в программу.

В дальнейшем после согласия пациентов на участие в программе дополнительного лечения депрессии с использованием структурированной физической нагрузки пациенты занимались физическими упражнениями по предварительно разработанной программе под руководством инструктора. Курс лечения в стационаре занимал в среднем 4 недели.

После завершения курса лечения предлагалось ответить на вопросы, связанные с их оценкой влияния программы физических упражнений на общее состояние, уровень подготовленности, а также планов на физическую активность в будущем.

Все пациенты с депрессивными расстройствами, опрошенные после прохождения курса лечения и занимавшиеся физическими упражнениями,

■ Оригинальные научные публикации

считают, что занятия по программе способствовали улучшению их психоэмоционального состояния. Большинство пациентов (83 %) считают, что занятия по программе изменили в лучшую сторону уровень их физической подготовленности.

Все опрошенные пациенты предполагали, что будут продолжать заниматься физическими упражнениями самостоятельно или организованно, посещая фитнес-клубы или бассейн.

Планируется провести катamnестическое исследование спустя 6 и 12 месяцев для изучения отдаленных результатов и степени стойкости мотивации.

Таким образом, пациенты, проходящие лечение в психиатрическом стационаре по поводу депрессивных расстройств, несмотря на достаточно молодой возраст (37 [32;58] лет), характеризуются умеренным уровнем физической активности до начала расстройства. Каждый пятый пациент получает среднеинтенсивную физическую нагрузку вследствие своей трудовой деятельности (7 [3;8] часов). Невысокой является даже активность, связанная с перемещением пешком по бытовым нуждам: 60 [40;90] минут в неделю. Среднеинтенсивным по физическим нагрузкам досугом занимается только треть пациентов от получаса до часа в неделю.

Депрессивных пациентов необходимо активно мотивировать к занятиям физкультурой. Участие в программе положительно оценивается пациентами и мотивирует их к продолжению занятий.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения. Программа ВОЗ по охране психического здоровья. Физическая активность для лечения депрессии. – Режим доступа: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/q6/ru/.

2. Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by>.

3. Инструмент STEPS и вспомогательные материалы // Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/instrument/ru/>.

4. Миллер, У. Р. Мотивационное консультирование. Как помочь людям измениться / У. Р. Миллер, С. Роллик. – город: ООО «Издательство «Э», 2017. – 360 с.

5. Сравнение уровня физической активности в трех крупных индустриальных центрах Российской Федерации с применением Глобального опросника по физической активности (GPAQ) / Е. Ю. Забина [и др.] // Профилактическая медицина. – 2017. – № 6. – С. 56–61.

6. Edwards, M. K. Sedentary behavior, physical activity and cardiorespiratory fitness on leukocyte telomere length / M. K. Edwards, P. D. Loprinzi // Health Promot. Perspect. – 2016. – № 7(1). – P. 22–27.

7. Exercise and mental health / K. Mikkelsen, L. Stojanovska, M. Polenakovic, M. Bosevski // Maturitas. – 2017, – № 106. – P. 48–56.

8. Health and Human Services, US Physical Activity Guidelines for Americans. – 2008. – Mode of access: <http://www.health.gov/paguidelines>.

9. Mura, G. Physical Activity in Depressed Elderly. A Systematic Review / Gioia Mura, Mauro Giovanni Carta // Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health. – 2013. – Vol. 12;9. – P. 125–135.

10. Netz, Y. Is the comparison between exercise and pharmacologic treatment of depression in the clinical practice guideline of the American college of physicians evidence-based? / Y. Netz // Frontiers in Psfrmacology. – 2017. – doi:10.3389/fphar.2017.00257.

11. Olafsdottir, K. Effects of exercise on depression and anxiety. A comparison to transdiagnostic cognitive behavioral therapy / K. Olafsdottir, Kristjansdottir, J. M. Saavedra // Community Mental Health journal. – 2018. – Vol. 54. – P. 855–859.