

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОС-
СИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА

**Ранняя диагностика коморбидных
психических расстройств
в пожилом возрасте**

Пособие для врачей

Санкт-Петербург
2011

АННОТАЦИЯ

В пособии для врачей, наряду с традиционными для клиницистов критериями, описаны экспериментально-психологические критерии диагностики ранних стадий наиболее распространенных вариантов коморбидной патологии у лиц пожилого возраста, приведены клинические дифференциально-диагностические и экспериментально-психологические признаки депрессий и деменций, изложены критерии дифференциальной диагностики соматизированных депрессий, предложены критерии диагностики депрессии у пациентов с коморбидным соматическим заболеванием. Выделение ранних критериев диагностики и дифференциальной диагностики сочетанной патологии будет способствовать не только своевременной постановке диагноза, но и разработке комплекса лечебных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни больных.

Учреждение-разработчик: ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева Росздрава»

Авторы-составители: директор института, профессор Н.Г. Незнанов, ведущий научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии, к. м. н. Н.М. Залуцкая, научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии, к. б. н. В.А. Осипова, аспирант отделения гериатрической психиатрии Д.В. Захарченко

ВВЕДЕНИЕ

Прогрессирующее увеличение доли лиц старших возрастных групп является характерной демографической тенденцией во многих странах. Так, если в 1900 году в США проживало около 3 млн человек старше 65 лет, то к 2000 году их число возросло до 35 млн (Chuna T. et al., 2004). Подобная динамика характерна и для России, где лица пожилого и старческого возраста составляют около 20% населения (Дыскин А.А., Танюхина З.И., 1996; Пирожков С.И., Сафарова Г.Л., 2000 и др.). Согласно данным эпидемиологических обследований, депрессивные расстройства являются наиболее распространенными психическими нарушениями у лиц пожилого возраста. Так, признаки выраженной депрессии обнаруживаются у 13,5% (Beekman A.T. et al., 1999) лиц старшей возрастной группы, а аффективное состояние 3% мужчин и 4% женщин в возрасте старше 65 лет соответствует критериям большого депрессивного эпизода в соответствии с требованиями DSM-IV (Steffens D.C. et al., 2000). В то же время, хотя психическое состояние от 5% до 10% пожилых лиц, обратившихся за помощью в первичные медицинские учреждения, позволяет поставить им диагноз большого депрессивного расстройства (Garrard J. et al., 1999), лишь менее половины пациентов получают такой диагноз. Подобного рода ситуация характерна и для учреждений длительного пребывания: 11% лиц, пребывающих в домах сестринского ухода, обнаруживают признаки депрессии, однако только 55% из них получают терапию антидепрессантами. Депрессия является предиктором увеличения риска смерти у лиц старше 60 лет в первые шесть месяцев после перенесенного инфаркта миокарда (Frasure-Smith N. et al., 1993), а также увеличивает риск совершения суицидной попытки у лиц пожилого возраста (Kung H. et al., 2008). Кроме того, наличие депрессии увеличивает риск развития легких когнитивных нарушений и может служить предиктором усугубления степени когнитивных нарушений у пациентов, страдающих расстройством интеллектуально-мнестических функций (Bassuk S.S. et al., 1998). Взаимосвязи депрессии и деменции, особенно сосудистой природы, достаточно сложны, аффективные нарушения могут являться выражением инициальных стадий нейродегенеративного процесса (Tekin S., Cummings J.I., 2002). Особую трудность вызывает диагностика и терапия депрессий васкулярного генеза, развитие которых связано с ишемическими изменениями в субкортикальных отделах головного мозга.

Следует отметить, что сложности диагностики аффективных расстройств у лиц пожилого возраста обусловлены рядом факторов. Прежде всего, они нередко связаны с господствующими у врачей поликлинического звена представлениями о депрессии или тревоге как о нормальных феноменах, свойственных старости, в особенности при наличии сопутствующей соматической патологии. Терапевты с отсутствием подготовки в области геронтопсихиатрии нередко обнаруживают трудности в верификации симптомов аффективного снижения, и, как показывают исследования, только 6% из них владеют навыками использования опросников или других скрининговых инструментов диагностики психической патологии позднего возраста. Несомненной проблемой, осложняющей постановку верного диагноза, является ограниченность времени, которым располагает врач во время стандартного амбулаторного приема пожилого пациента. И хотя уровень выявления депрессий у пожилых увеличился с 2,8% в 1992 году до 5,8% в 1998 году, верификация этих нарушений продолжает представлять трудности для врачей, не имеющих специальной подготовки в области геронтопсихиатрии. Еще одну проблему представляет собой выраженный полиморфизм депрессивной симптоматики, в которой находят отражение специфические особенности, обусловленные биологической перестройкой стареющего организма, в частности, воздействием «накапливающихся» соматических недугов, а также влиянием целой группы психосоциальных факторов. Правильная и своевременная диагностика депрессивных расстройств у лиц пожилого возраста должна обеспечить проведение лечебных и реабилитационных мероприятий на раннем этапе, целью которых должно стать улучшение качества жизни, уровня социального функционирования пожилого больного.

Показания и противопоказания к применению метода

Предлагаемые критерии диагностики коморбидных психических расстройств рекомендованы для верификации аффективной патологии у лиц пожилого возраста.

Противопоказаний метод не имеет.

Материально-техническое обеспечение метода

Выявление критериев диагностики коморбидных психических расстройств у лиц пожилого возраста проводится врачом-психиатром, психотерапевтом, неврологом или терапевтом в ста-

ционных или амбулаторных условиях. Экспериментально-психологическое обследование проводится психологом.

Описание метода

Критерии МКБ-10 для депрессивного эпизода предполагают наличие основных признаков, таких как снижение настроения, утрата интересов и удовольствия, снижение энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и уменьшению активности, а также дополнительных признаков в виде сниженной способности к сосредоточению и вниманию, сниженной самооценки и чувства уверенности в себе, идей виновности и унижения, мрачного или пессимистичного видения будущего, идей или действия по самоповреждению и суициду, нарушений сна и аппетита. Наличие, как минимум, двух основных и не менее четырех дополнительных признаков достаточно для диагностики депрессивного эпизода. Среди вариантов депрессивных расстройств у лиц старшей возрастной группы наиболее распространенными являются:

1. Депрессия, коморбидная соматическому заболеванию.
2. Маскированная (соматизированная) эндогенная депрессия.
3. Депрессия вследствие органического повреждения головного мозга.

Очерченный депрессивный синдром меланхолической структуры, как правило, не вызывает значительных диагностических трудностей. Вместе с тем возрастной патоморфоз аффективных расстройств у лиц пожилого возраста характеризуется упрощением и обеднением нюансировки психопатологической симптоматики, сужением ее объема и размаха, закономерным результатом чего является структурное упрощение депрессивных синдромов. Кроме того, наблюдается ослабление внутренних связей между отдельными составляющими аффективных симптомокомплексов, что приводит к разрозненности и изолированности их компонентов. Нарушается последовательность развития типичных клинических схем. Зачастую депрессивные нарушения манифестируют простыми, неразвернутыми, фрагментарными синдромами, диагностическая верификация которых представляет значительные трудности. Кроме того, легкие, стертые и ларвированные формы депрессивных расстройств у лиц старшей возрастной группы характеризуются низкой выраженностью собственно тимических компонентов с превалированием жалоб соматического характера и отчетливой ипохондрической фиксацией больного, что нередко приводит к неверной

нозологической верификации его состояния. Существенно затрудняет диагностику частая встречаемость моносимптомных депрессивных масок, например нарушений сна или различного рода болевых ощущений. Кроме того, отличительной особенностью депрессий позднего возраста является частая встречаемость субъективных ощущений нарушений памяти и трудностей концентрации внимания, а также апатии и мотивационных нарушений, вызывающих значительные дифференциально-диагностические трудности в отношении различного генеза деменций. У ряда больных депрессия манифестирует поведенческими нарушениями, вызывающими проблемы социального функционирования.

Таким образом, полноценная диагностика депрессивных расстройств у лиц пожилого возраста возможна лишь в рамках биопсихосоциальной модели психических расстройств, то есть комплексной многоосевой оценки психических, соматических, поведенческих и социальных аспектов состояния больного.

Список признаков, наличие которых следует установить на этапе сбора анамнестических сведений:

1. Периодичность и фазность течения заболевания.
2. Внезапность и сезонность возникновения и редукции соматовегетативных расстройств.
3. Суточные колебания выраженности симптоматики.
4. Полиморфизм симптоматики.
5. Возможность смены у одного больного жалоб в соответствии с меняющимися функциональными расстройствами.
6. Отсутствие объективных признаков соматического заболевания либо несоразмерность тяжелых субъективных ощущений больного объективно выявляемой соматической патологией.
7. Несоответствие соматовегетативного «фасада» клинической картине соматического заболевания даже с учетом индивидуальной особенности его проявлений.
8. Миграция симптомов соматического страдания (смена жалоб от одной органной системы к другой).
9. Наличие устойчивых патогенетически необоснованных вариантов сочетания соматовегетативных симптомов разных функциональных систем.
10. Специфический медицинский анамнез, неопределенность диагностики соматического страдания («дистония», «дисфункция»).
11. Не подтвержденный объективными методами диагноз соматического заболевания.

12. Настойчивое обращение за медицинской помощью, несмотря на очевидное отсутствие результатов лечения.
13. Неэффективность стандартной для данной соматической патологии терапии.
14. Перенесенные жизненные невзгоды.
15. Наличие тяжелого соматического заболевания.
16. Ранняя инвалидизация и увольнение в связи с плохим самочувствием.
17. Преходящие периоды плохого самочувствия без верифицированной соматической патологии.

Диагностика маскированной депрессии

В классическом варианте маскированной депрессии субъективные жалобы на нарушение настроения как таковые замещаются предъявлением симптомов соматического характера. Клиническими признаками маскированной депрессии является несоответствие жалоб анатомическим или физиологическим закономерностям либо диспропорциональность их тяжести данным инструментальных обследований. Идентификация синдрома маскированной депрессии нередко сложна, в особенности если больной в реальности имеет соматическую патологию. Возрастание тяжести и количества жалоб сенесто-ипохондрического характера, не укладывающихся в определенную картину конкретного соматического заболевания, периодичность и фазность течения, внезапность возникновения и редукции соматовегетативных расстройств, их сезонность, совпадение по времени возникновения с психосоциальным стрессом, суточные колебания выраженности, полиморфизм симптоматики, возможность смены жалоб у одного и того же пациента в соответствии с меняющимися функциональными расстройствами, отсутствие эффекта стандартной терапии — все это критерии постановки диагноза маскированной депрессии.

У большинства больных маскированная депрессия характеризуется появлением жалоб *алгического* характера. Боли могут быть локализованы в любой части тела, однако патогномичными являются болевые ощущения в области живота, рта и языка, а также в области сердца и в позвоночнике. Обращает на себя внимание характер болевых ощущений, нередко с трудом поддающийся словесному описанию («боли в животе, как зубная боль», «язык как ошпарен кипятком», «крутит позвоночник»). Ближе к алгическим жалобам стоят *вегетативно-висцеральные* ощущения сенестопатического характера.

тического характера. В этих случаях больные жалуются на «вибрацию живота», «булькающий звук в кишечнике», «состояние, похожее на изжогу», «тяжесть в верхушке сердца». Вместе с тем ряд больных имеет *неврозоподобные* депрессивные маски, клиническими проявлениями которых нередко служат раздражительность, слезливость, снижение работоспособности, ухудшение сна, утомляемость. Относительно редким вариантом депрессивных масок являются приступы, имитирующие *диэнцефальные кризы*. Характерной для пожилого возраста формой ларвированной депрессии является *депрессивная псевдодеменция*. Следует еще раз подчеркнуть, что собственно депрессивные симптомы не очевидны и могут выявляться лишь при дополнительном опросе и использовании экспериментально-психологических и психометрических шкал для диагностики депрессий.

Экспериментально-психологические и психометрические методы оценки наличия депрессивной симптоматики

Наиболее традиционным и распространенным способом выявления депрессивных переживаний в медицинской психологии является использование психометрических методик, основанных на данных самоотчета испытуемого о его актуальном состоянии. В случае соматизированных депрессий у пациентов пожилого возраста самооценка эмоционального состояния, исследуемая экспресс-методами, как правило, не дает однозначного ответа на вопрос о наличии аффективных нарушений. Данные нарушения могут быть отчетливо выявлены в результате комплексного исследования эмоционально-личностной сферы пациента, при этом используется целый ряд методик, в том числе личностные методики большого объема (например, опросник ММРІ). Проведение такого исследования у пожилых пациентов часто затруднено в силу его громоздкости и длительности, особенно в первичном звене оказания медицинской помощи. В связи с этим целесообразно использование опросников скринингового характера, таких как «Шкала самооценки депрессии» и «Опросник депрессивных состояний», при разработке которых авторами учитывались условия диагностики в амбулаторном звене. Обе методики позволяют выявить признаки скрытых соматизированных депрессий.

Опросник «Шкала самооценки депрессии» представляет собой адаптированный в НИПНИ им. В.М. Бехтерева вариант широко известной шкалы В. Зунга. Он состоит из 20 утверждений, касающихся аффекта, физиологических проявлений депрессии и психологи-

ческих переживаний, связанных с гипотимией. Итоговая оценка позволяет количественно описать степень выраженности депрессивной симптоматики: 50 и менее баллов — настроение без признаков депрессии, 50–59 баллов — незначительное снижение эмоционального фона (субдепрессивное состояние), 60–69 баллов — отчетливое снижение фона настроения (умеренная степень депрессии, соматизированные, маскированные депрессии), 70 и более баллов — выраженная депрессия.

Методика «Опросник депрессивных состояний» (ОДС-2), разработанная на основе шкал опросника ММРІ в лаборатории клинической психологии в НИПНИ им. В.М. Бехтерева, рассчитана на дифференциацию депрессий средней и легкой степени тяжести, включая слабоструктурированные дистимические состояния, маскированные формы депрессий. Несмотря на значительный объем (97 вопросов), преимуществом методики является возможность учесть специфику проявления депрессивной симптоматики у пациентов разного пола. Методика включает две диагностические шкалы: «Депрессия — норма» (D-N) и «Эндогенная — невротическая депрессия» (МДП-Д, Н). Пожилые пациенты с преимущественно соматическими проявлениями депрессии могут демонстрировать показатели, укладывающиеся в рамки как невротической (стандартизированный показатель по шкале МДП-Д, Н в диапазоне от 40 баллов и ниже), так и эндогенной депрессии (стандартизированный показатель по шкале МДП-Д, Н в диапазоне от 60 баллов и выше) по опроснику ОДС-2.

Несмотря на отсутствие у пациентов с маскированными депрессиями жалоб на нарушения аффективной сферы, у них выявляются типичные для депрессивных состояний изменения течения психических процессов. В связи с этим даже в рамках экспресс-диагностики целесообразно проводить патопсихологическое исследование процессов внимания, памяти и мышления. Снижение скорости протекания интеллектуально-мнестической деятельности (в том числе снижение работоспособности, замедление темпа ассоциативного процесса) и нарушение активного внимания (снижение объема, устойчивости, быстрая истощаемость внимания) являются характерными признаками нарушения аффективной сферы по депрессивному типу любой этиологии. С учетом возраста обсуждаемого контингента больных для исследования внимания целесообразно использовать такие методики, как таблицы Шульте, счетные таблицы Крепелина, корректурная проба Бурдона, а для исследования мышления — ассоциативный эксперимент и методику «Быстрота мышления».

Дифференциальная диагностика депрессий и деменций

Клинические дифференциально-диагностические признаки

Для депрессивных заболеваний более характерны аффективные колебания в анамнезе, наследственная отягощенность родственников психическими заболеваниями, предшествующие субъективно значимые «стрессовые ситуации». Как правило, депрессия характеризуется относительно четким началом (больные могут назвать месяц, а иногда даже и день ухудшения самочувствия), относительно небольшой продолжительностью до обращения к врачу (недели, месяцы), быстрым прогрессированием заболевания с углублением имеющихся симптомов (тоски, тревоги, нарушения сна и аппетита, чувства одиночества) и присоединением новых (например, бредовых переживаний). В то же время деменция обычно развивается исподволь, незаметно, и только на приеме у врача родственники сообщают, что нарушения памяти, которым они ранее не придавали значения, наблюдались у больного в течение нескольких лет, с постепенным нарастанием и появлением «странностей» в поведении.

У депрессивных больных аффективные нарушения не только носят стойкий характер, но зачастую имеют значительную тяжесть, что может проявляться нарушением витальных функций, потерей веса, суицидальными тенденциями. Такие пациенты подробно излагают жалобы на снижение памяти и сообразительности, общую заторможенность, нежелание ничего делать, тяжело переживают эти изменения, хотя объективно их поведение не отражает значительного мнестико-интеллектуального снижения, являясь, в большей степени, следствием трудности концентрации внимания. Больные с деменцией и аффективными нарушениями также могут предъявлять жалобы на снижение памяти и сообразительности, однако такие жалобы не являются ведущими (и иногда обнаруживаются только при целенаправленном расспросе) и не вызывают значительной аффективной реакции. Нередко больные стараются преуменьшить свой интеллектуально-мнестический дефицит, возместить его памятными заметками, объяснить психологически понятными причинами (усталостью, неподготовленностью).

Для больных с депрессией характерно стойкое снижение настроения с угнетенностью и подавленностью. В ряде случаев отмечается некоторое улучшение самочувствия к вечеру. Если присутствуют бредовые идеи, то они не выходят за рамки депрессив-

ной симптоматики и коррелируют с ее тяжестью: бред самообвинения, самоуничужения, а также ипохондрические переживания вплоть до синдрома Котара. Напротив, неглубокое снижение настроения с ситуационными колебаниями, преобладание апатии, неконгруэнтный аффекту бред и ухудшение в ночное время должны насторожить врача в плане наличия деменции. Поведение таких больных может отражать их мнестико-интеллектуальное снижение (например, непонимание обращенной речи), а в вечернее время становится грубо нарушенным, с наличием спутанности и дезориентировки (перебирание и сборы вещей, одевание нижнего белья поверх одежды, попытки выйти ночью на улицу, лечь в чужую кровать, есть несъедобные вещи), а также сопровождаться отдельными бредовыми идеями и галлюцинациями.

Терапевтический ответ на назначение антидепрессантов также является диагностически значимым: для депрессии, в отличие от деменции, характерно параллельное уменьшение аффективных и когнитивных расстройств.

При клинической оценке основных симптомов депрессии особое внимание следует уделить дифференциации депрессивного настроения (печальное, грустное, безнадежное, унылое, плаксивое) и состоянию апатии («ничто не волнует, не интересует»). Оценка ангедонии (сниженные позитивный аффект или удовольствие в ответ на социальные контакты и обычные виды деятельности) должна проводиться в сравнении трактовки пациента и наблюдений людей из его ближайшего окружения путем тщательного опроса (испытывает ли «столько же удовольствия, как и ранее», продолжает «радоваться жизни», «чувствовать ее вкус» и т. д.).

Психологическое тестирование, являющееся одним из важнейших методов дифференциальной диагностики, необходимо выполнять во всех диагностически сомнительных случаях. При тестировании памяти обычно у больных с депрессией получают данные, которые превосходят субъективную оценку. В процессе тестирования пациенты прилагают мало усилий для решения задач, на вопросы, особенно требующие напряжения внимания, часто отвечают «я не знаю». Подсказка и сосредоточение помогает им улучшить результат. Производительность при выполнении схожих типов задач может быть неравномерной и даже парадоксальной, когда со сложными заданиями справляются лучше, чем с более простыми. Объективно определяемые нарушения памяти относительно невелики и мало меняются со временем. Кроме того, пациенты могут сообщать о проблемах воспроизведения недавних

конкретных событий или временных отрезков, что редко бывает при деменции, где нарушено воспоминание как текущих, так и давних событий.

У больных с деменцией тестирование памяти показывает результаты, которые хуже субъективной оценки пациента, при этом наблюдается прямая зависимость между сложностью задачи и трудностями при ее решении. Больные обычно стараются при выполнении когнитивных задач и делают усилие, чтобы ответить на вопросы. При этом могут наблюдаться излишняя суетливость и отвлекаемость. Однако подсказка и концентрация внимания им помогают мало. С течением времени память больных ухудшается, у них могут возникать ложные воспоминания и амнестическая дезориентировка. Выявление при тестировании нарушений высших корковых функций (афазии, апраксии, агнозии) также свидетельствует в пользу наличия атрофического процесса.

Значительную помощь в дифференциальной диагностике оказывает магнитно-резонансная томография (МРТ) или компьютерная томография (КТ), которая может визуально подтвердить атрофию мозга вследствие сосудистого или первично атрофического процесса. Эти методы с разной степенью чувствительности позволяют выявить такие поражения головного мозга, как одиночные лакунарные инсульты в стратегических зонах, множественные корково-подкорковые инсульты, перивентрикулярная ишемия белого вещества. Установлено, что атрофия гиппокампа, поражение коркового серого и подкоркового белого вещества являются предикторами когнитивных нарушений.

Экспериментально-психологические критерии дифференциальной диагностики депрессий и деменций

С целью проведения скринингового исследования у пациентов с подозрением на наличие деменции следует использовать «Краткую шкалу оценки психического статуса» (*Mini-Mental State Examination — MMSE*). Эта шкала содержит 12 коротких заданий, являющихся сокращенными вариантами нейропсихологических тестов. Задания направлены на выявления нарушений ориентировки, восприятия, внимания, памяти, речи, чтения и письма. Как правило, у пациентов с аффективными расстройствами наблюдается сохранность когнитивных функций (28–30 баллов), даже при наличии «маски» в виде субъективных жалоб на снижение памяти. В случае маскированной депрессии с функциональным снижением памяти выполнение заданий теста MMSE затруднено из-за нарушения концентрации внимания или неадекватной оценки необхо-

димости тестирования, показатели в данном случае варьируют в пределах 24–27 баллов, и такое снижение обычно квалифицируется как умеренное когнитивное расстройство. Для деменции легкой степени выраженности, вне зависимости от наличия аффективных нарушений, характерно снижение показателей по данной методике до 20–24 баллов.

Тест «Рисование часов». Данный клинический метод позволяет провести более дифференцированную диагностику начальной стадии деменции и «псевдодеменции» в рамках депрессии. В последнем случае больные чаще всего выполняют задание правильно, не допуская существенных ошибок.

Патопсихологические методы исследования внимания — таблицы Шульте, счетные таблицы Крепелина, корректурная проба Бурдона. Данные методики направлены на исследование устойчивости активного внимания, работоспособности и скорости психических процессов. Характерной особенностью как депрессии, так и деменции является истощаемость психических функций, однако закономерности ее проявления имеют некоторые различия. Так, нарушение концентрации активного внимания (рассеянность) является причиной изменения и снижения других когнитивных процессов, таких как память и мышление. Данные нарушения приводят к существенному увеличению времени, затрачиваемого больным на выполнение задания, при этом часто отмечается явление запаздывающей вработываемости, то есть улучшение результатов по мере выполнения задания. Снижение способности к концентрации активного внимания является базовым при нарушении когнитивных функций при любых типах депрессивных состояний, в том числе и при явлении «депрессивной псевдодеменции», и отражает нарушение мотивационной составляющей психического функционирования.

На начальной стадии деменции чаще наблюдается гиперстенический тип истощаемости психических процессов, однако при увеличении нагрузки в патопсихологическом эксперименте появляется тенденция к гипостеническому типу изменения работоспособности (например, при выполнении корректурной пробы). С явлениями истощаемости психических процессов при деменции непосредственно связана и недостаточность активного внимания. Она проявляется в пропусках отдельных чисел в таблицах Шульте, в увеличении к концу исследования количества ошибок в таблицах Крепелина. Ошибки либо нарастают количественно к концу исследования, либо распределяются в ходе опыта неравномерно, группами.

«Шкала памяти Векслера» состоит из 7 субтестов, позволяющих исследовать различные аспекты процессов внимания и памяти испытуемого. В субтесте I определяется осведомленность в личных и общественных данных, степень сохранности долговременной памяти; в субтесте II — ориентировка; в субтесте III исследуются уровень психического контроля, долговременная память, внимание; субтест IV направлен на проверку логической памяти; субтест V используется для исследования кратковременной и оперативной памяти; субтест VI предназначен для определения степени сохранности зрительной памяти, а субтест VII — опосредованного запоминания. Оценка степени снижения памяти производится по эквивалентному интеллекту показателю памяти (ЭПП), который является результатом преобразования суммы показателей по всем субтестам и вычисляется с учетом поправки на возраст испытуемого. Согласно нормативным данным, значение ЭПП, равное 90 баллам и выше, является нормой, в диапазоне от 89 до 70 баллов — говорит о снижении памяти, ЭПП от 69 баллов и ниже — указывает на нарушение памяти.

Для больных с депрессивным состоянием, имеющих выраженные жалобы субъективного характера на ухудшение памяти и внимания, характерны значения коэффициента ЭПП в пределах нормы (от 90 до 140 баллов), в среднем 114 баллов, что указывает на отсутствие нарушений интеллектуально-мнестической деятельности. В некоторых случаях у больных с функциональными нарушениями памяти при депрессии и пациентов с начальной стадией дементирующего процесса итоговые показатели выполнения теста могут быть в пределах нормы, несмотря на то, что снижение памяти было выявлено клиническими методами. Чаще всего, однако, значения ЭПП снижены, но не более чем до 80 баллов, и при этом близки по значению в обеих группах. Нахождение результата в диапазоне от 89 до 70 баллов может указывать как на возрастное снижение когнитивного функционирования, так и на функциональные нарушения памяти и на начало развития атрофических изменений коры головного мозга. Для дифференцирования данных состояний следует анализировать соотношение показателей, полученных по субтестам. Так у всех групп пациентов остаются сохранными ориентировка в месте, времени и собственной личности, уровень психического контроля и долговременная память, одновременно существенно снижены показатели логического запоминания. При этом для больных с депрессией, сопровождающейся функциональным когнитивным снижением, в отличие от больных с ранней стадией деменции, характерно успешное вы-

полнение второй половины шкалы памяти Векслера (субтесты V, IV и VII), что указывает на сохранность у них кратковременной, оперативной, зрительной и ассоциативной памяти.

Исследование эмоционально-личностной сферы

Исследование уровня выраженности депрессивных переживаний опросниковыми методами не дает существенных данных, позволяющих сделать обоснованное заключение об этиологии депрессивного состояния. Более информативным для целей дифференциальной диагностики является исследование структуры и уровня тревоги у пациентов с депрессивной симптоматикой.

Опросник «Интегративный тест тревожности» позволяет выявить уровень ситуативной тревоги и личностной тревожности, а также проанализировать их структуру. Профили, полученные по данному опроснику для пациентов с маскированной депрессией и началом деменции, различаются и отражают особенности отношения пациентов этих нозологий к заболеванию, а также специфичность мышления и особенности личности депрессивных пациентов.

Для пациентов с началом деменции характерен высокий общий показатель ситуативной тревоги, при этом в ее структуре преобладают эмоциональный дискомфорт, фобический компонент тревоги (ощущения непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности) и социальные реакции защиты, при которых социальная среда воспринимается как источник эмоционального дискомфорта и неуверенности в себе. Два последних компонента также в значительной степени проявляются и в структуре личностной тревожности. Для пациентов с депрессией характерен профиль, в котором преобладает тревожность как черта личности, при этом ведущими шкалами являются астенический компонент и пессимистическая оценка перспективы в структуре как ситуативной тревоги, так и личностной тревожности.

Критерии дифференциальной диагностики соматизированных депрессий

Депрессии с субъективными жалобами на снижение когнитивного функционирования:

- показатели по тесту MMSE в пределах 28–30 баллов;
- правильное выполнение теста «Рисование часов»;

- нарушение концентрации активного внимания (рассеянность);
- наличие запаздывающей вработываемости;
- снижение темпа психических процессов;
- эквивалентный показатель памяти в пределах нормы (от 90 баллов);
- сохранность ориентировки, уровня психического контроля, долговременной памяти — показатели по субтестам I, II, III шкалы памяти Векслера в пределах нормы или выше;
- нарушение логического запоминания — показатели по субтесту IV шкалы памяти Векслера в пределах нормы;
- сохранность кратковременной, оперативной, зрительной и ассоциативной памяти — показатели по субтестам V, IV и VII шкалы памяти Векслера в пределах нормы или выше;
- высокие показатели личностной тревожности;
- пики по шкалам «астенический компонент тревожности» и «оценка перспективы» в профиле «Интегративного теста тревожности».

Депрессии с псевдодеменцией:

- показатели по тесту MMSE в пределах 24–27 баллов;
- правильное выполнение теста «Рисование часов»;
- нарушение концентрации активного внимания (рассеянность);
- наличие запаздывающей вработываемости;
- снижение темпа психических процессов;
- эквивалентный показатель памяти ниже нормы (от 80 баллов);
- сохранность ориентировки, уровня психического контроля, долговременной памяти — показатели по субтестам I, II, III шкалы памяти Векслера в пределах нормы;
- нарушение логического запоминания — показатели по субтесту IV шкалы памяти Векслера существенно ниже нормы;
- сохранность кратковременной, оперативной, зрительной и ассоциативной памяти — показатели по субтестам V, IV и VII шкалы памяти Векслера в пределах нормы;
- высокие показатели личностной тревожности;
- пики по шкалам «астенический компонент тревожности» и «оценка перспективы» в профиле «Интегративного теста тревожности».

Начальная стадия деменции:

- показатели по тесту MMSE 20–24 балла;
- ошибки при выполнении теста «Рисование часов»;
- гиперстенический тип истощаемости внимания переходящий в гипостенический тип при увеличении нагрузки;
- при исследовании внимания отмечается охранительное торможение (таблицы Шульте), увеличение числа ошибок к концу исследования;
- эквивалентный показатель памяти ниже нормы (от 80 баллов);
- сохранность ориентировки, уровня психического контроля, долговременной памяти — показатели по субтестам I, II, III шкалы памяти Векслера в пределах нормы;
- нарушение логического запоминания — показатели по субтесту IV шкалы памяти Векслера существенно ниже нормы;
- снижение кратковременной, оперативной, зрительной и ассоциативной памяти — показатели по субтестам V, IV и VII шкалы памяти Векслера ниже нормы;
- высокие показатели ситуативной тревоги;
- пики по шкалам эмоциональный дискомфорт, фобический компонент тревоги, социальные реакции защиты в профиле «Интегративного теста тревожности».

Диагностика васкулярной депрессии

Васкулярная депрессия, выделенная в последние годы в самостоятельный вариант аффективных расстройств у лиц пожилого возраста, возникает на фоне ишемических изменений в субкортикальных отделах головного мозга, ввиду чего ее более корректно следовало бы называть субкортикальной ишемической васкулярной депрессией. Развитие депрессивной симптоматики ассоциировано с обнаружением изменений в медальных орбитальных областях префронтального кортекса. Васкулярная депрессия отличается от других вариантов аффективной патологии у пожилых рядом признаков:

- 1) депрессивная симптоматика, как правило, впервые развивается у лиц старше 65 лет;
- 2) больные обнаруживают факторы риска развития инсульта, такие как гипертоническая болезнь или сахарный диабет;
- 3) отсутствует наследственная отягощенность по психическим заболеваниям;

4) в клинической картине превалируют жалобы на усталость и утомляемость;

5) относительно редки жалобы на снижение настроения, тревогу и беспокойство;

6) часто выявляются мнестические расстройства, не достигающие степени деменции, в особенности нарушение процессов понимания причинно-следственных связей;

7) нередко больные обнаруживают выраженную заторможенность;

8) выявляется существенное повреждение социального функционирования, как правило, не соответствующее степени выраженности аффективных жалоб.

В целом для диагностики васкулярной депрессии применим предлагаемый нами многоосевой подход, стоит лишь иметь в виду, что степень выраженности аффективной симптоматики увеличивается по мере прогрессирования васкулярного заболевания, что находит свое отражение в недостижимости состояния качественной ремиссии в рамках аффективного расстройства.

Диагностика депрессий у больных с соматическими заболеваниями: отношение к соматическому заболеванию

При диагностике депрессий у пожилых больных с соматической патологией в фокусе внимания должна оказаться субъективная оценка пациентом его соматического состояния, а именно способ взаимодействия эмоциональных, когнитивных и поведенческих факторов переработки соматического заболевания, степень участия в них стабильных аспектов личности больного и вновь возникших реакций. Развитие депрессивной симптоматики, как правило, изменяет восприятие пациентом коморбидного заболевания либо модифицирует специфическим для данной группы аффективных расстройств образом отношение больного к имеющейся соматической патологии. Следует отметить, что нередко у пожилых больных именно характер оценки и переработки сосуществующего общего заболевания позволяет заподозрить наличие депрессивной симптоматики. Кроме того, следует учитывать, что болезнь со всем комплексом ее симптомов и ограничений функционирования нередко является способом сохранения интегрированности личности пожилого больного.

Аффективные нарушения могут обнаруживаться при наличии любого соматического заболевания, в особенности при его тяже-

лом течения либо угрожающем жизни прогнозе, однако необходимо помнить, что более выраженный риск развития депрессии существует у пациентов, страдающих остеоартритом, заболеваниями сердца, онкопатологией, сахарным диабетом, артериальной гипертензией, хронической обструктивной болезнью легких, ожирением, а также у больных, перенесших инсульт. Следует также иметь в виду, что при сосуществовании нескольких соматических расстройств риск развития аффективных нарушений возрастает, при этом наиболее высокие показатели распространенности депрессии обнаруживаются при сочетании заболеваний сердца и патологии костно-суставного аппарата (остеоартрит).

Критериями диагностики депрессивного расстройства у лиц с коморбидной соматической патологией служат следующие параметры:

1. Степень тяжести соматических симптомов (объективная оценка).
2. Давление страданием:
 - предъявление соматических симптомов;
 - предъявление психических симптомов;
 - предъявление социальных проблем.
3. Восприятие самого себя.
4. Вторичная выгода от заболевания.
5. Концепция заболевания у больного:
 - ориентированная на психологические факторы;
 - ориентированная на соматические факторы;
 - ориентированная на социальные факторы.
6. Приверженность определенным формам лечения:
 - медикаментозные средства;
 - психотерапия.
7. Комплаенс.
8. Ответ на проводимую терапию:
 - объективная оценка эффектов применяемых лекарственных средств;
 - субъективная оценка эффектов применяемых лекарственных средств.
9. Психосоциальная интеграция.
10. Личностные ресурсы.
11. Социальная поддержка.
12. Соответствие субъективной оценки самочувствия объективной степени тяжести заболевания.

Степень выраженности каждого критерия варьирует от низкой до высокой, предусматривается возможность оценки парамет-

ра как «искаженный», когда ответы пациента носят культурально приемлемый сверхценный характер, например, предъявляемые как предполагаемые причины развития заболевания порча, сглаз, энергетический вампиризм и т. п.

1. Степень тяжести соматических нарушений (объективная оценка)

Речь идет об объективной (врачебной) оценке не столько степени тяжести самой нозологической формы, сколько актуального соматического состояния больного и об определении выраженности нарушения функций. Следует обратить внимание, что мера снижения функционирования может не соответствовать степени тяжести диагноза, так, например, пациент, страдающий тяжелым заболеванием (например, рассеянным склерозом), в актуальном статусе может не иметь каких-либо значимых симптомов. Кроме того, необходимо оценить имеющуюся степень ограничения жизнедеятельности в связи с наличием заболевания. Объективная оценка тяжести соматических нарушений в дальнейшем будет служить своего рода эталоном сравнения субъективных реакций пациента на соматическое заболевание.

2. Давление страданием

Субъективное страдание пациента вследствие наличия заболевания, как правило, обуславливается тяжестью симптоматики, характером и прогнозом заболевания, предполагаемыми лечебными и диагностическими процедурами, а также индивидуальными и общественными представлениями об имеющемся расстройстве. Кроме исследования высказываний пациента с целью установления субъективного восприятия им своего соматического заболевания, психического состояния и социальной ситуации, при оценке данного параметра следует анализировать чувства и ощущения, возникающие у врача при общении с больным. Депрессивные пациенты, как правило, демонстрируют несоразмерность предъявляемого давления страданием степени выраженности имеющейся соматической патологии, при малой выраженности симптоматики соматического заболевания субъективно оценивают его как крайне тяжелое, говорят о непереносимости симптомов, крайней степени выраженности неприятных ощущений и болей. Они, как правило, подчеркивают значительные личностные проблемы в связи с наличием соматической патологии, говорят, что они «устали, измучились».

3. Восприятие самого себя

Данный критерий оценивает ту меру, в которой соматическое заболевание влияет на восприятие пациентом самого себя. У депрессивных больных заболевание и низкая самооценка нередко сливаются в единый монолит, наличие соматической патологии рассматривается ими как их личностные недостатки. Такие пациенты пытаются скрыть наличие соматических заболеваний от соседей и знакомых, а нередко и родственников, либо, напротив, заболевание предъявляется ими как аргумент для повышенного внимания со стороны окружающих, и тогда больные преподносят себя как крайне беспомощных, требующих опеки и заботы со стороны близких.

4. Вторичная выгода от заболевания

Под вторичной выгодой от заболевания понимают сознательные или неосознаваемые социальные преимущества наличия заболевания или его последствий. Вторичная выгода от заболевания у пожилых больных нередко состоит в восполнении дефектов семейного взаимодействия, в особенности при субъективной неудовлетворенности качеством эмоционального контакта с близкими, при отчужденных и дистанцированных отношениях с ними. Маскированные депрессивные реакции или утяжеление симптомов соматического заболевания вследствие коморбидной депрессии зачастую являются попыткой получения желаемых эмоциональных реакций со стороны близких. Следует отметить, что родственники депрессивного больного в своем отношении к пациенту постоянно балансируют между сочувствием и раздражением. Недовольство пациента контактом с значимыми людьми приводит к развитию соматизированных депрессивных реакций, целью которых является получение желаемого эмоционального ответа от родственников. В дальнейшем такой механизм реагирования становится своего рода самоподдерживающимся навязчивым процессом, поскольку при сохранении депрессивной симптоматики в эмоциональном ответе значимых близких пожилого человека нередко имеют место признаки подавляемой агрессии или раздражения. Пациент получает объективное подтверждение отвергающего отношения со стороны родных, на которое он реагирует усилением имеющейся депрессивной симптоматики. Работающие пациенты с высокой вторичной выгодой от заболевания обнаруживают признаки пассивного сопротивления выходу на работу, такие как частые выходы на больничный лист, частое санаторно-курортное лечение, более длительные сроки стационарного лечения.

5. Концепция заболевания у больного

Концепция, ориентированная на психологические факторы. Этот критерий оценки направлен на установление меры понимания больным зависимости между личностными конфликтами, сложными жизненными ситуациями и возникновением заболевания. Пациент с высокой степенью понимания психодинамических механизмов опознает такую зависимость, как правило, сам в состоянии назвать те или иные стрессоры, сыгравшие роль в развитии заболевания, открыт для обсуждения возможной зависимости. У больных с низким пониманием психодинамических механизмов обнаруживаются их ярко выраженное отрицание и сопротивление любым попыткам установления такого рода зависимости. Следует отметить, что пожилые больные нередко обнаруживают отчетливые тенденции давать биологическое толкование своим симптомам, кроме того, следует предвидеть формально соглашательскую позицию сверхприспособления пожилого человека к мнению исследователя, что приводит к ответам в контексте социальных ожиданий.

Концепция, ориентированная на соматические факторы. Оценка меры понимания больным имеющихся симптомов как следствия наличия соматического заболевания. Следует отметить, что у пожилых пациентов происходит смещение в сторону подчеркнуто биологических моделей заболевания, они склонны трактовать симптоматику как исключительно соматически обусловленную, настаивать на проведении дополнительных обследований и назначении все новых лекарственных средств.

Концепция, ориентированная на социальные факторы. Данный критерий позволяет оценить ту степень, в которой пациент понимает социальные факторы как причину развития депрессивных нарушений. Следует отметить, что нередко пожилые больные с аффективным снижением имеют искаженное представление о причинно-следственных связях социальных факторов и депрессии, считая, к примеру, что само по себе изменение жизненного стереотипа после выхода на пенсию становится причиной развития сниженного настроения, нивелируя выраженный супружеский конфликт, существующий в течение длительного времени и обострившийся в силу большего времени общения супругов. Вторая категория депрессивных больных склонна вовсе игнорировать роль социальных факторов.

6. Приверженность определенным формам лечения

Определяется мера готовности пациента к проведению медикаментозного или инструментального лечения. Высокомотивированный пациент ожидает улучшения своего состояния в результате проведения медицинского лечения, он выражает готовность следовать врачебным предписаниям. Следует отметить, что пожилые люди в целом и депрессивные в частности, как правило, выражают приверженность биологическим методам лечения.

Оценивается мера, в которой пациент готов к психотерапии и интересуется этим видом лечения. Высокомотивированный пациент ожидает изменения своей симптоматики вследствие психотерапии, он будет настаивать на начале проведения психотерапии как можно раньше.

7. Комплаенс

Здесь оценивается действительная, а не предъявляемая готовность пациента сотрудничать с врачами и следовать их предписаниям. Пациент с высоким комплаенсом принимает лекарства в соответствии с врачебными предписаниями, регулярно посещает специалистов, редко и только по объективным причинам меняет врачей. Пациент с низким комплаенсом внутренне отрицает лечение, обесценивает и часто меняет врачей, не следует врачебным предписаниям. В отношении комплаенса пожилых больных с депрессией следует сказать, что при декларируемой готовности к сотрудничеству пациенты нередко принимают лекарства хаотически, в соответствии с собственными представлениями, не удовлетворены степенью улучшения своего состояния, ожидают мгновенных положительных результатов, не в состоянии подождать развития терапевтических эффектов.

8. Ответ на проводимую терапию

При оценке данного критерия стоит, несомненно, учитывать индивидуальные особенности пациента, такие, как, например, переносимость боли и характер метаболизма лекарственных средств (необходимо помнить о так называемых быстро и медленно метаболизирующих больных, имеющих различающуюся по активности систему цитохромов). Эталонном объективной оценки является усредненный больной примерно того же возраста с подобным типом соматической патологии. У депрессивных больных обнаруживается объективно регистрируемое снижение эффективности стандартных лекарственных средств, рекомендованных для терапии данного соматического

заболевания. Эталоном оценки субъективного мнения больного об эффективности применяемых лекарственных средств является объективное мнение врача. Депрессивные больные, как правило, склонны нивелировать результаты терапии, высказывать неудовлетворенность полученными результатами даже в том случае, если достигнут определенный терапевтический эффект.

9. Психосоциальная интеграция

Проводится оценка личной (брак, друзья, знакомые, объединения) и профессиональной ситуации больного (есть ли соответствующая профессиональная занятость, как воспринимают пациента на работе коллеги и администрация, его собственная удовлетворенность работой). Пациент с плохой психосоциальной интеграцией, как правило, имеет бедные социальные контакты, которыми он, вероятнее всего, не удовлетворен, что создает почву для развития депрессии. Неподходящая либо унижительная обстановка на работе, к которой требуется чрезмерное приспособление, является одним из важных предикторов развития аффективных нарушений. Следует отметить, что работающие пенсионеры, в особенности трудоустроившиеся с существенным понижением уровня квалификации, находятся в состоянии выраженного психоэмоционального дискомфорта в силу сложившегося в нашем обществе отношения к вышедшим на пенсию людям как к лицам, не имеющим права на высокие жизненные претензии.

10. Личностные ресурсы

Здесь оцениваются все те возможности и способности, которыми располагает больной для преодоления болезни и совладания с ее последствиями, его способность переносить боль и страдания, соответствующее доверие к себе, оптимизм, самооценка, а также наличие или отсутствие в прошлом позитивного опыта преодоления сложных жизненных ситуаций в целом и заболеваний в частности. У депрессивных больных обнаруживаются, как правило, существенное повреждение самооценки, нарушение способности переносить боль и страдания, нарушенное доверие к самим себе, что свидетельствует в целом об их низких личностных ресурсах и необходимости психотерапевтической помощи.

11. Социальная поддержка

Оценивается мера, которой пациент, страдающий соматическим заболеванием, может получить социальную поддержку ок-

ружающих, которая может носить эмоциональный характер (частые посещения, поддерживающие беседы, телефонные звонки, придание уверенности в позитивном исходе заболевания и т. д.) либо иметь функциональные черты (материальная помощь, организация консультаций, уход и т. п.). Важным является наличие у больного уверенности в достижимости помощи от членов семьи и друзей. Следует отметить, что у депрессивных пациентов нередко объективно обнаруживается низкий уровень социальных связей и, как следствие, низкий уровень социальной поддержки. Вместе с тем для депрессивных пожилых больных характерны искаженная оценка социального окружения, отказ от принятия помощи со стороны близких с одновременными обвинениями в недостаточной заботе и внимании.

12. Соответствие субъективной оценки самочувствия объективной степени тяжести заболевания

Данный параметр является одним из основных, позволяющих констатировать наличие депрессивного расстройства у больного, страдающего соматическим заболеванием. Эталонном сравнения служит способ совладания с подобным заболеванием человека сравнимой социо-культуральной группы. К примеру, пациент с легкими нарушениями ритма, имеющий депрессивную симптоматику, может считать себя тяжело больным, соблюдать постельный режим, ограничивать физическую активность, постоянно думать о возможных, однако маловероятных неблагоприятных последствиях.

Эффективность метода

Исследовались пациенты, предъявляющие жалобы депрессивного спектра, в том числе на ухудшение внимания и памяти. Основная задача — поиск критериев для дифференциальной диагностики маскированных депрессий, при которых в качестве основного симптома выступают жалобы на снижение памяти, имеющее функциональный характер (депрессии с «псевдодеменцией»), и ранних стадий болезни Альцгеймера, сопровождающихся депрессивной симптоматикой.

В исследовании участвовали 62 человека. Методики: MMSE, тест «Рисование часов», шкала памяти Векслера, опросник депрессивности Бека, интегративный тест тревожности.

Были выделены две группы пациентов: депрессия с «псевдодеменцией» (33 человека) и деменция легкой степени выраженности (29 человек). Распределение по группам проводили на основа-

нии результатов теста MMSE. Для первой группы показатели по этому тесту варьируют в пределах 24–27 баллов, для второй — в пределах 20–24 баллов. Тест «Рисование часов» использовался для дифференциации депрессий без объективного снижения когнитивного функционирования (литературные данные).

В исследовании участвовали люди пожилого и старческого возраста от 56 до 83 лет, средний возраст — 70 лет. Гендерное и возрастное сравнение не проводилось.

Анализировались следующие переменные: общий показатель (эквивалентный показатель памяти — ЭПП) по шкале памяти Векслера и 7 дополнительных показателей: 1) осведомленность, 2) ориентировка, 3) уровень психического контроля, 4) логическая память, 5) кратковременная и оперативная память; 6) зрительная память, 7) ассоциативная память; выраженность депрессивных жалоб (общий показатель по опроснику депрессивности Бека); общие показатели выраженности ситуативной тревоги и личностной тревожности по опроснику «Интегративный тест тревожности» и 10 дополнительных показателей — выраженность в пределах личностной тревожности и ситуативной тревоги следующих компонентов: эмоциональный дискомфорт, астенический и фобический компоненты, оценка перспективы, социальные реакции защиты.

Сравнение групп проводили с использованием однофакторного дисперсионного анализа в программе Statistica 6.0.

Были получены следующие результаты.

Мнестический процесс. Исследуемые группы достоверно различаются по общему показателю шкалы памяти Векслера (ЭПП), показателям кратковременной, зрительной и ассоциативной памяти.

Уровень субъективной оценки депрессивного состояния. Различия между группами по показателям опросника депрессивности Бека не достоверны.

Уровень ситуативной и личностной тревожности. Получены достоверные различия по уровню ситуативной тревоги между исследуемыми группами. По структуре достоверные различия найдены для всех показателей в рамках как ситуативной тревоги, так и личностной тревожности.

В целом для пациентов с начальными проявлениями деменции характерны: снижение эквивалентного показателя памяти по шкале памяти Векслера до 80 баллов и ниже, нарушение логической, кратковременной, оперативной, зрительной и ассоциативной памяти, сохранность ориентировки, уровня психического кон-

троля, долговременной памяти, высокая ситуативная тревога с высокими показателями по таким шкалам «Интегративного теста тревожности», как «эмоциональный дискомфорт», «фобический компонент тревожности», «социальные реакции защиты».

Для пациентов с функциональным снижением памяти на фоне депрессивного состояния, так же как и для первой группы, характерны снижение эквивалентного показателя памяти по шкале памяти Векслера до 80 баллов и ниже, нарушение логического запоминания при сохранности ориентировки, уровня психического контроля, долговременной памяти, при этом в данной группе более высокие значения, чем в первой, для кратковременной, оперативной, зрительной и ассоциативной видов памяти. Для данной группы, в отличие от первой, характерны высокие показатели не ситуативной, а личностной тревожности, в структуре которой преобладают «астенический компонент тревожности» и «оценка перспективы».

Интересно отметить, что использованный опросник для измерения уровня депрессивных переживаний оказался не пригоден для дифференциации аффективных нарушений разной этиологии.

Список литературы

1. Августова Л.И. Направленность личности. Возрастные изменения в старости / Л.И. Августова // Геронтопсихология: Учебное пособие. — Изд-во СПбГУ, 2007.
2. Безденежная Т.И. Психология старения. Путь к долголетию / Т.И. Безденежная. — Ростов-на-Дону, 2004.
3. Васильев С.В. Характер. Возрастные изменения в старости / С.В. Васильев, С.Е. Татульян // Геронтопсихология. Учебное пособие. — Изд-во СПбГУ, 2007.
4. Дыскин А.А. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан / А.А. Дыскин, Э.И. Танюхина. — М.: Логос, 1996.
5. Пирожков С.И. Тенденции старения населения России и Украины: демографические аспекты / С.И. Пирожков, Г.Л. Сафарова // Успехи геронтологии. — 2000. — № 4.
6. Bassuk S.S. Depressive symptomatology and incident cognitive decline in an elderly community sample / S.S. Bassuk, L.F. Berkman, D. Wypij // Arch. Gen. Psychiatry. — 1998. — V. 55. — P. 1073–1081.
7. Beekman A.T. Review of community prevalence of depression in late life / A.T. Beekman, J.R. Copeland, M.J. Prince // Brit. J. Psychiatry. — 1999. — V. 174. — P. 307–311.

8. Chuna T. Diffusion Changes in the Aging Human Brain / T. Chuna, Ch.G. Filippi, R.D. Zimmerman, M.U. Aziz // *Am. J. of Neuroradiology*. — 2000. — V. 21.

9. Crystal S. Diagnosis and treatment of depression in the elderly Medicare population: predictors, disparities and trends / S. Crystal, U. Sambamoorthi, J.T. Walkup et al. // *Journal American Geriatric Society*. — 2003. — V. 51.

10. Frasure-Smith N. Depression following myocardial infarction: impact on 6-months survival / N. Frasure-Smith, R. Lesperance, M. Talajic // *JAMA*. — 1993. — V. 270 (15). — P. 1819-1825.

11. Garrard J. Clinical detection of depression among community-based elderly people with self-reported symptoms of depression / J. Garrard, S.J. Rolnick, N.M. Nitz et al. // *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* — 1998. — V. 53 (2). — P. 92-101.

12. Kaplan M.S. Managing depressed and suicidal geriatric patients: differences among primary care physicians / M.S. Kaplan, M.E. Adamek, A. Calderon // *Gerontologist*. — 1999. — V. 39.

13. Kung H. Deaths: final data for 2005 / H. Kung, D. Hoyert, J. Xu et al. // *Nat. Vital. Stat. Rep.* — 2008. — V. 56 (10). — P. 1-120.

14. Steffens D.C. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study / D.C. Steffens, I. Skoog, M.C. Norton et al. // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 2000. — V. 57 (6). — P. 601-607.

15. Tekin S. Frontal-subcortical neuronal circuits and clinical neuropsychiatry: an update / S. Tekin, J.I. Cummings // *J. Psychosom. Res.* — 2002. — № 23. — P. 647-654.