

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Северный государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

А.Г. Соловьев, В.В. Попов, И.А. Новикова

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА
И ПРОФИЛАКТИКА
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Учебно-методическое пособие

Архангельск
2016

УДК 616.89-07-084-053.9(075)

ББК 56.14я73

С 60

Рецензенты:

Е.В. Казакевич, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУЗ «Северный медицинский клинический центр имени Н.А. Семашко ФМБА России»;

Л.И. Меньшикова, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой социальной работы и организации здравоохранения ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России;

В.В. Никуличев, заместитель главного врача ГБУЗ Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер»

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Северного государственного медицинского университета

Соловьев А.Г., Попов В.В., Новикова И.А.

С 60 **Ранняя диагностика и профилактика психических расстройств в пожилом возрасте:** учебно-методическое пособие / А.Г. Соловьев, В.В. Попов, И.А. Новикова. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2016. – 160 с.

ISBN 978-5-91702-223-9

В учебно-методическом пособии рассмотрены распространенность и характеристика психических расстройств у лиц пожилого возраста; определены подходы к диагностике психических расстройств в пожилом возрасте. Предложены алгоритмы диагностики когнитивных и эмоциональных нарушений у лиц пожилого возраста; рекомендации по ранней профилактике психических расстройств в пожилом возрасте. Представлены методики для диагностики когнитивных и эмоциональных нарушений у лиц пожилого возраста.

Пособие предназначено для специалистов, занимающихся оказанием помощи лицам пожилого возраста (врачей-психотерапевтов, психиатров, врачей общей практики, терапевтов, невропатологов, специалистов по социальной работе).

Учебно-методическое пособие подготовлено по проекту «Ранний скрининг нарушения психического здоровья лиц пожилого возраста как основа активного долголетия» в рамках Программы «Активное поколение» при поддержке благотворительного фонда Елены и Геннадия Тимченко.

УДК 616.89-07-084-053.9(075)

ББК 56.14я73

ISBN 978-5-91702-223-9

© Соловьев А.Г., Попов В.В.,
Новикова И.А., 2016

© Северный государственный
медицинский университет, 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	4
Введение	5
1. Распространенность психических расстройств в пожилом возрасте	7
2. Классификация психических расстройств в пожилом возрасте	13
3. Характеристика психических расстройств в пожилом возрасте	17
3.1. Общая характеристика психических расстройств в пожилом возрасте	17
3.2. Особенности когнитивных расстройств в пожилом возрасте	28
3.3. Особенности эмоциональных расстройств в пожилом возрасте	31
4. Ранняя диагностика психических расстройств в пожилом возрасте	40
4.1. Основные подходы к ранней диагностике психических расстройств у лиц пожилого возраста	40
4.2. Экспресс-диагностика психического здоровья у лиц пожилого возраста	43
4.3. Диагностика когнитивных расстройств	63
4.4. Диагностика эмоциональных расстройств	72
4.5. Диагностика социально-психологических особенностей	82
4.6. Диагностика расстройств личности	83
4.7. Диагностика нарушений ценностно-мотивационной сферы	85
4.8. Диагностика психосоматических расстройств	86
4.9. Диагностика нарушений качества жизни	89
5. Ранняя профилактика психических расстройств в пожилом возрасте	95
5.1. Профилактика когнитивных расстройств	95
5.2. Профилактика эмоциональных расстройств	96
Заключение	99
Тестовые задания для самоконтроля	101
Список литературы	106
ПРИЛОЖЕНИЯ	115

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертония
АЛТ – аланинаминотрансфераза
АСТ – аспартатаминотрансфераза
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИТТ – интегративный тест тревожности
КЖ – качество жизни
ЛПУ – лечебно-профилактические учреждения
МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-пересмотра
МРТ – магнитно-резонансная томография
НПР – непсихотические психические расстройства
ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство
РФ – Российская Федерация
САН – самочувствие активность настроение
СОХ-2 – ингибиторы циклооксигеназы-2
УД – уровень депрессии
УНА – Опросник невротической астении
HADS – Госпитальная шкала депрессии
IQ – коэффициент интеллекта
MMSE – Mini Mental State Examination (Краткая шкала оценки психического статуса)
VASA – Визуальная аналоговая шкала

ВВЕДЕНИЕ

Одной из важнейших проблем, которая приобретает в настоящее время огромное значение, является возрастное старение населения. Практически во всех странах мира происходит значительное увеличение пожилого контингента населения, 1/5 часть населения – это лица старше 60 лет. Повышается численность населения старше трудоспособного возраста: в РФ – более 21 %, в Северо-Западном Федеральном округе – более 22 %, в Архангельской области – более 20 %. Низкий уровень рождаемости в РФ приводит к росту числа населения в возрасте 60 лет и старше (более 17 %); те же тенденции регистрируются и в Архангельской области (более 16 %) (Филатова С.А., 2009; Регионы России. Социально-экономические показатели, 2010).

В крупных европейских научных проектах «Социальные инновации, обеспечивающие активное и здоровое долголетие» (NNOVAGE, 2012–2015) и «Мобилизация потенциала активного долголетия в Европе» (MOPACT, 2013-2017) разработаны перспективные направления реализации политики активного и здорового долголетия. В то же время ухудшение психического здоровья лиц пожилого возраста продекларировано ВОЗ в качестве одной из актуальных проблем оценки здоровья населения во всем мире.

Большинство исследований, касающихся геронтопсихиатрии, говорит о значительном увеличении числа психически больных пожилого возраста, нуждающихся как в стационарной, так и во внебольничной помощи (Ястребов В.С., Зозуля Т.В., 2001).

Распространенность психических заболеваний в старших возрастных группах составляет 281 на 100 тыс. населения. Большую часть данных расстройств составляют непсихотические психические расстройства (НПР).

Наблюдается рост доли НПР ко всем психическим и поведенческим расстройствам в РФ за 12 лет по болезненности более 51 %, по заболеваемости – более 75 % (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2011). В Архангельской области те же показатели в 2010 г. составили соответственно 52,2 и 74,3 %. Среди всех пограничных психических расстройств в Архангельской области растет доля лиц в возрасте 60 лет и старше (Годовые отчетные формы № 10 ЛПУ психиатриче-

ского профиля Архангельской области, 2010). Тенденция роста психической патологии среди людей пожилого возраста в ближайшем будущем будет сохраняться (Максимова Н.Е., 2007).

В последние годы первостепенное значение приобретают ранняя диагностика и профилактика нарушений психического здоровья лиц пожилого возраста (Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М., Осипова В.А., Захарченко Д.В., 2011; Соловьев А.Г., Новикова И.А., Местечко В.В., 2014). Это имеет не только большое медико-социальное, но и экономическое и политическое значение, особенно в рамках разрабатываемого правительством РФ проекта стратегии в отношении граждан пожилого возраста до 2025 г. В связи с этим необходим поиск наиболее оптимальных решений ранней диагностики и профилактики психических расстройств в пожилом возрасте.

1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Увеличение числа пожилых больных ставят серьезные задачи перед практическим здравоохранением. Особое беспокойство вызывает рост психических нарушений среди лиц пожилого возраста. Большинство авторов (Калын Я.Б., 1999; Лебедева В.Ф., Семке В.Я., 2005; Сиденкова А.П., 2010; Соколов Д.А., 2011; Сафарова Т.П., Шешенин В.С., Федоров В.В., 2013; Аксенов М.М., Стоянова И.Я., Цыбульская Е.В., Костин А.К., 2015) говорят о высокой частоте распространенности психических расстройств в пожилом возрасте, составляющей от 40 до 74%.

Большую часть психических расстройств в пожилом возрасте составляют непсихотические психические расстройства (Яхно Н.Н., Захаров В.В., 2002; Семке В.Я., Цыганов Б.Д., Одарченко С.С., 2006; Местечко В.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А., 2012). По исследованию И.Б. Карпухина (2005), среди лиц, никогда не обращавшихся за психиатрической помощью, старше 60 лет у 51,5% выявляются психические расстройства непсихотического уровня.

Распространенность психических расстройств у лиц старше 60 лет в поликлинике общего профиля составляет 5,0 на 100 населения. Органическое эмоционально-лабильное расстройство диагностируются у 44,0 % пациентов, аффективные расстройства – у 22,0 %, соматоформные расстройства и невротические, связанные со стрессом, – у 14,6 %, органическое расстройство личности – у 9,0 %, расстройство личности – у 4,8 %, органическое мнестическое расстройство – у 3,2 %, хроническое бредовое расстройство – у 2,4%. Сопутствующая соматическая патология не установлена лишь у 7,5 % пациентов, а у 78 % больных – два и более соматических заболеваний (Лебедева В.Ф., Семке В.Я., 2005).

Среди стоматологических больных пожилого и старческого возраста органические тревожные расстройства (F06.4) имеются у 34,5 % больных; органические легкие когнитивные расстройства (F06.7) – у 14,1 %; органические расстройства личности (F07.0) – у 11,3 %; органические депрессивные расстройства (F06.32) – у 8,3 %. Лица пожилого и старческого возраста с органическими

тревожными расстройствами представляют собой существенную группу риска в плане возникновения психической дезадаптации на этапах стоматологического ортопедического лечения (Баркан И.Ю., Струев И.В., Усов Г.М., Семенюк В.М., 2009).

Начальные проявления когнитивных расстройств выявляются у 18,7 % городского населения пожилого возраста, а при сплошном обследовании пожилого контингента пациентов территориальной поликлиники эти нарушения обнаруживаются в 30,8 %. Легкое когнитивное снижение в рамках сосудистого психоорганического синдрома в 24,5 % случаев является причиной обращения к геронтопсихиатру городской поликлиники, а еще в 36,2 % наблюдаемых диагностируются коморбидные расстройства у пациентов геронтопсихиатрических кабинетов. По данным обращений в лабораторию нарушений памяти при клинике нервных болезней МГМУ имени И.М. Сеченова, частота легких когнитивных расстройств составляет 15,9 %, синдрома умеренных когнитивных нарушений – 31,8 %. В двух третях (61,7 %) эти расстройства сосудистого генеза, а в 16,4 % – альцгеймеровского характера (Яхно Н.Н. и соавт., 2011). Начальные проявления когнитивного снижения ассоциированы с высоким риском утяжеления сосудистого заболевания, включая повышенный риск нарушений мозгового кровообращения, а также риск развития деменции даже при безинсультном течении. Частота хронической ишемии головного мозга достигает 70–100 случаев на 1000 населения, а нарушение когнитивных функций признается одним из наиболее часто встречающихся проявлений цереброваскулярной болезни (Михайлова Н.М., 2011).

Ранее нами были изучены эпидемиологические характеристики НПР лиц пожилого возраста в Архангельской области (Местечко В.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А., 2012) на основе анализа официальных годовых отчетов лечебно-профилактических учреждений, оказывающих психиатрическую помощь на территории Архангельской области. Анализировались основные показатели болезненности и заболеваемости НПР по нозологическим формам с 1999 по 2010 год у лиц старше 60 лет. Полученные показатели НПР среди населения Архангельской области были сопоставлены с данными официальной статистики распространенности психических

расстройств, опубликованных А.А. Чуркиным и Н.А. Твороговой (2011) (в расчете на 100 тыс. населения).

Анализ болезненности психическими расстройствами в Архангельской области и по России показал, что в динамике по болезненности в Архангельской области отмечалось повышение с максимумом в 2005 году, затем дальнейшее снижение, а начиная с 2010 года – отмечается тенденция к повышению. Минимальные значения болезненности были в 2000 году. В то же время показатели болезненности по психическим расстройствам были ниже общероссийских в 1999 ($p<0,05$), 2000 ($p<0,01$), 2001 ($p<0,01$), 2007 ($p<0,01$), 2008 ($p<0,001$) и 2009 ($p<0,001$) годах.

Таким образом, можно сказать, что болезненность по психическим расстройствам, характеризующаяся уровнем обращаемости к специалистам, оказывающим психиатрическую помощь в Архангельской области, была ниже общероссийских показателей в 1999–2001 и 2007–2009 годы.

Заболеваемость психическими расстройствами в Архангельской области была достоверно выше общероссийских в 1999–2009 годах ($p<0,001$), что может говорить о негативной тенденции с психической патологией в регионе, так как показатели заболеваемости, то есть первичной обращаемости, являются более достоверными. Полученные данные подчеркивают необходимость совершенствования психиатрической помощи в регионе и проведения превентивных мероприятий. По заболеваемости психическими расстройствами, так же как по болезненности, в динамике отмечался пик с подъемом в 2004–2005 годах, а самые низкие показатели – в 2000–2001 и 2008–2009 годах.

По болезненности НПР отмечалась несколько иная тенденция, чем с психическими расстройствами в целом. Так, по болезненности имелось повышение показателей с пиком в 2005 году, затем снижение с минимумом в 2008 году, за которым следовал пик в 2009 году, который был даже несколько выше 2005 года. Самые низкие показатели болезненности НПР наблюдались в 2000 году.

По общероссийским показателям отмечался неуклонный рост числа больных от года к году, что несколько отличается от полученных нами результатов. Показатели болезненности НПР по Ар-

хангельской области в сравнении с общероссийскими показателями были ниже в 2007 ($p < 0,001$) и 2008 ($p < 0,001$) годах.

В то же время, по данным А.А.Чуркина и Л.Н. Касимовой (2000), общее число больных НПР намного превышает данные официальной статистики и составляет 27,3 % взрослого населения (по сравнению с 1,4 % по официальным статистическим сведениям).

Распространенность НПР в Архангельской области в разные годы составила 1,4 – 1,5 % взрослого населения, то есть можно сказать, что показатели распространенности НПР в Архангельской области сходны с общероссийскими. Однако стоит обратить внимание на тот факт, что реальная распространенность может быть еще в десятки раз выше официальных показателей.

Анализ динамики заболеваемости НПР среди населения Архангельской области в целом показал, что максимальные значения распространенности наблюдались в 2004 и 2005 годах, затем имелась тенденция к снижению, а начиная с 2008 года отмечался отчетливый рост распространенности НПР. Сопоставления с общероссийской статистикой показывают, что распространенность НПР среди населения Архангельской области существенно выше общероссийских показателей, особенно в 1999 ($p < 0,001$), 2004–2007 ($p < 0,001$) годах.

Выявленная нами динамика заболеваемости НПР по Архангельской области отличается от общероссийской тем, что общероссийские показатели практически находятся на одном уровне (357,1 – 398,8 на 100 тыс. населения), имея некоторое повышение только в 2004 году. Полученные данные подчеркивают необходимость совершенствования оказания психотерапевтической помощи больным НПР в регионе.

Анализ тенденций НПР среди лиц старше 60 лет в Архангельской области показал, что распространенность составляет 0,7–1,1 %, что несколько ниже, чем среди взрослого населения в целом. Это можно объяснить обращением лиц с НПР пожилого возраста, в первую очередь, к врачам общесоматической сети, а не к психиатрам, вследствие наличия у большинства из них коморбидной соматической патологии.

По показателям болезненности и заболеваемости НПР среди лиц пожилого возраста наблюдалась в целом сходная динамика: отмеча-

лось увеличение доли НПП с пиком повышения в 2007 и 2010 годах.

Уровень заболеваемости и её динамика в течение ряда лет являются важнейшим показателем состояния здоровья и эффективности работы учреждений здравоохранения, основой планирования лечебно-профилактических мероприятий. Показатель заболеваемости в отличие от болезненности свидетельствует о динамичных процессах, происходящих в здоровье населения, и является более предпочтительным для выявления причинных связей. В связи с этим за основной критерий оценки нами был выбран уровень заболеваемости.

Анализ структуры НПП по заболеваемости у лиц пожилого возраста показал, что наиболее часто встречались органические непсихотические расстройства (58,5 – 76,8 %), а далее следовали невротические и соматоформные расстройства (18,1 – 32,2 %). Как аффективные непсихотические расстройства, так и расстройства личности среди лиц пожилого возраста встречались в менее 7 % случаев (аффективные – 1,5 – 6,4 %; расстройства личности – 0,5 – 4,2 %). Поведенческие физиологические и физические синдромы у лиц пожилого возраста наблюдались только в 2007 и 2008 годах и занимали меньше 2 %.

В то же время отмечалось изменение структуры НПП в динамике. Так, на долю органических непсихотических расстройств с 2003 по 2009 год приходилось более 70 %, а на долю невротических и соматоформные расстройства (до 25 %). В то же время в 2000–2002 и 2010 годах наблюдалась сходная тенденция – доля органических непсихотических расстройств снижалась (до 54,6 %) и увеличивалась доля невротических и соматоформные расстройств (до 37,7 %). Подобных закономерностей среди других нозологических форм НПП не было выявлено.

С 2010 года в структуре НПП наблюдалась тенденция снижения доли органических непсихотических расстройств (до 58,5 %), увеличение доли невротических и соматоформных расстройств (до 32,2 %) и расстройств личности (до 4,2 %).

Эпидемиологическая характеристика НПП лиц пожилого возраста в Архангельской области должна учитываться при организации психотерапевтической помощи данному контингенту больных.

Таким образом, выявленные нами данные о распространенности

и заболеваемости НПР лиц пожилого возраста в Архангельской области подчеркивают необходимость совершенствования организации оказания психотерапевтической помощи для данной возрастной группы.

2. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

В пожилом возрасте встречаются различные психические и поведенческие расстройства, которые представлены (согласно МКБ-10) ниже.

F00 Деменция при болезни Альцгеймера (G30.+)

F00.0 Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом (G30.0+). Деменция при болезни Альцгеймера, начавшаяся в возрасте до 65 лет, сравнительно быстро прогрессирующая и характеризующаяся выраженными различными расстройствами высших корковых функций. Болезнь Альцгеймера, тип 2 Пресенильная деменция, тип Альцгеймера Первичная дегенеративная деменция, тип Альцгеймера, пресенильное начало.

F00.1 Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом (G30.1+). Деменция при болезни Альцгеймера, начавшаяся в возрасте после 65 лет (обычно в 70 лет и позднее), медленно прогрессирующая и характеризующаяся выраженным нарушением памяти как основным симптомом. Болезнь Альцгеймера, тип 1 Первичная дегенеративная деменция, тип Альцгеймера, сенильное начало. Сенильная деменция, тип Альцгеймера.

F00.2 Деменция при болезни Альцгеймера, атипичная или смешанного типа (G30.8+). Атипичная деменция, тип Альцгеймера.

F01 Сосудистая деменция

F01.0 Сосудистая деменция с острым началом. Обычно быстро развивается после серии инсультов вследствие цереброваскулярного тромбоза, эмболии или кровоизлияния. Реже причиной может быть один обширный инфаркт мозга.

F01.1 Мультиинфарктная деменция. Постепенное начало, связанное с повторными преходящими ишемическими состояниями, которые ведут к накоплению очагов инфаркта в паренхиме головного мозга. Преимущественно корковая деменция.

F01.2 Подкорковая сосудистая деменция. Включает случаи, характеризующиеся наличием в анамнезе гипертензии и ишемических деструктивных очагов в глубоких слоях белого вещества полушарий мозга. Кора мозга обычно сохранена, и это контрастирует с

клинической картиной деменции при болезни Альцгеймера.

F01.3 Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция

F02 Деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках

F02.0 Деменция при болезни Пика (G31.0+). Прогрессирующая деменция, начинающаяся в среднем возрасте, характеризующаяся ранними, медленно прогрессирующими изменениями характера и социальной деградацией, снижением интеллекта, памяти и разговорной функции в сочетании с безразличием, эйфорией и иногда экстрапирамидными явлениями.

F02.1 Деменция при болезни Крейтцфельда–Якоба (A81.0+). Прогрессирующая деменция с обширной неврологической симптоматикой, обусловленной специфическими изменениями нервной системы, которые, как предполагают, вызываются трансмиссивным агентом. Обычно начинается в среднем или преклонном возрасте, хотя может развиваться и в любом другом зрелом возрасте. Течение подострое, смерть наступает через 1–2 года.

F02.3 Деменция при болезни Паркинсона (G20+). Деменция, развивающаяся в процессе течения болезни Паркинсона. Каких-либо особых характерных клинических признаков не имеет.

F06 Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью

F06.3 Органические расстройства настроения (аффективные). Расстройства, характеризующиеся изменениями настроения или аффекта, обычно сопровождающиеся изменениями общего уровня активности, депрессией, гипоманией, манией или биполярными состояниями, но возникающие как следствие органического заболевания.

F06.4 Органическое тревожное расстройство. Расстройство, характеризующееся основными чертами генерализованного тревожного расстройства (F41.1), либо панического расстройства (F41.0), или их сочетанием, но возникшее как следствие органического нарушения.

F06.6 Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство. Расстройство, характеризующееся эмоциональной

несдержанностью или лабильностью, утомляемостью, множеством неприятных физических ощущений (например, головокружение) и болями, но возникшее как следствие органического нарушения.

F06.7 Легкое когнитивное расстройство. Нарушение, характеризующееся снижением памяти, трудностью обучения, сниженной способностью концентрироваться на выполнении какой-либо задачи на длительное время. Часто имеет место выраженное ощущение психической усталости при попытке решить умственную задачу; обучение новому представляется субъективно трудным, даже когда объективно оно успешно.

F3 Расстройств настроения (аффективные расстройства)

F32 Депрессивный эпизод. У больного отмечают пониженное настроение, уменьшение энергичности и падение активности. Снижена способность радоваться, получать удовольствие, интересоваться, сосредоточиваться. Обычным является выраженная усталость даже после минимальных усилий. Обычно нарушен сон и снижен аппетит. Самооценка и уверенность в себе почти всегда снижены, даже при легких формах заболевания. Часто присутствуют мысли о собственной виновности и бесполезности. Пониженное настроение, мало меняющееся день ото дня, не зависит от обстоятельств и может сопровождаться так называемыми соматическими симптомами, такими, как потеря интереса к окружающему и утрата ощущений, доставляющих удовольствие, пробуждение по утрам на несколько часов раньше обычного времени, усиление депрессии по утрам, выраженная психомоторная заторможенность, тревожность, потеря аппетита, похудание и снижение либидо.

F33 Рекуррентное депрессивное расстройство. Расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессии, без наличия в анамнезе самостоятельных эпизодов подъема настроения.

F34 Устойчивые расстройства настроения (аффективные расстройства). Стойкие и обычно колеблющиеся расстройства настроения, при которых большинство отдельных эпизодов недостаточно тяжелы, чтобы позволить описать их как гипоманиакальный или легкий депрессивный эпизод. Поскольку они длятся многие годы, а иногда значительную часть жизни больного, вызывают выраженное недомогание.

F4 Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства

F40 Фобические тревожные расстройства. Группа расстройств, при которых единственным или преобладающим симптомом является боязнь определенных ситуаций, не представляющих текущей опасности. В результате больной обычно избегает или страшится таких ситуаций. Беспокойство больного может быть сфокусировано на отдельных симптомах, таких как дрожь от страха или обморочное ощущение, и часто ассоциируется с боязнью умереть, потерять над собой контроль или сойти с ума. Ожидание возможности попадания в фобическую ситуацию обычно вызывает преждевременную тревогу.

F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Свойственно переживание неблагоприятного события в жизни, вызвавшего острую стрессовую реакцию, или значительной перемены в жизни, ведущей к продолжительным неприятным обстоятельствам и обусловившей нарушения адаптации.

F45 Соматоформные расстройства. Главной особенностью является повторное предъявление соматической симптоматики одновременно с настойчивыми требованиями медицинских обследований, несмотря на повторные отрицательные их результаты и заверения врачей, что симптомы не имеют соматической природы. Если у больного имеются какие-либо соматические заболевания, они не объясняют природы и степени выраженности симптомов или страдания или жалоб пациента.

F48.0 Неврастения. Характерны такие жалобы, как: ощущение физической слабости и изнеможения даже после минимальной нагрузки, головокружение, напряженная головная боль и ощущение общей нестабильности. Беспокойство по поводу снижения своих умственных и физических способностей, раздражительность, утрата способности радоваться и незначительно выраженная депрессия и тревога. Сон часто нарушен в своей начальной и средней фазе, но может также быть выраженной и сонливостью. Характерен синдром утомляемости.

3. ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

3.1. Общая характеристика психических расстройств в пожилом возрасте

Наиболее распространёнными психическими нарушениями среди лиц пожилого возраста являются НПР, а среди них самая частая патология – аффективные расстройства. Так, признаки выраженной депрессии обнаруживаются у 13,5 % лиц старшей возрастной группы, а большой депрессивный эпизод – у 3 % мужчин и 4 % женщин в возрасте старше 65 лет (Незнанов Н.Г., 2008; Незнанов Н.Г., Круглов Л.С., 2008); распространённость депрессий у лиц пожилого возраста составляет 12,3 % (14,1 % у женщин и 8,6 % у мужчин) (Сиденкова А.П., 2010).

Депрессия является предиктором увеличения риска смерти у лиц старше 60 лет в первые шесть месяцев после перенесённого инфаркта миокарда, а также увеличивает риск совершения суицидной попытки в пожилом возрасте (Семке В.Я., Циганков Б.Д., Одарченко С.С., 2006). Наличие депрессии увеличивает риск развития легких когнитивных нарушений и может служить предиктором усугубления степени когнитивных нарушений у пациентов, страдающих расстройством интеллектуально-мнестических функций (Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М., Осипова В.А., Захарченко Д.В., 2011).

У лиц пожилого и старческого возраста, впервые обратившихся за психиатрической помощью, инвалидность вследствие психического расстройства, в первую очередь, обусловлена деменцией (Еникеева А.Х., Балашов П.П., 2011).

Пожилые, проходящие судебно-психиатрическую экспертизу, имеют признаки органического поражения головного мозга с различными психическими нарушениями (от эмоционально-лабильных расстройств до деменции), в сочетании с полиорганной соматической патологией. На первом месте по частоте встречаемости находится артериальная гипертензия; на втором – ишемическая болезнь сердца; на третьем – сахарный диабет 2 типа и онкологические заболевания. Наиболее частые жалобы пожилых: ослабление памяти, сниженное настроение, трудность сосредоточения внима-

ния, чувство одиночества, тревогу, нарушения сна, утрату прежних возможностей, конфликтные отношения с окружающими. Депрессивные расстройства часто воспринимаются пожилыми как «обычные для возраста», а гипомания отражает «естественную активность по жизни» (Иванов В.Г. и др., 2013).

В большинстве случаев у пациентов старше 60 лет НПР имеются коморбидные состояния (Калын Я.Б., 1999). Вопросы коморбидности психических расстройств в пожилом возрасте рассматриваются рядом авторов (Гарганеева Н.П., Шахурова Н.И., Счастный Е.Д., 2009; Незнанов Н.Г., Круглов Л.С., 2008; Смудевич А.Б., 2003; Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М., Осипова В.А., Захарченко Д.В., 2011; Раевский А.А., Осипова В.А., 2012), которые у лиц пожилого возраста с расстройствами депрессивного спектра выявляют высокую частоту кардио- и цереброваскулярных заболеваний с высоким риском осложнений.

Лица пожилого возраста очень часто имеют коморбидные расстройства депрессивного спектра на фоне неизлечимой соматической патологии, что требует обязательного привлечения специалистов терапевтического и психиатрического профилей. Среди пациентов пожилого и старческого возраста соматической больницы терапевтического, кардиологического, неврологического, травматологического профилей НПР встречаются у 73,8 % больных (Семке В.Я., Циганков Б.Д., Одарченко С.С., 2006).

В повседневной практике врача у лиц пожилого и старческого возраста наиболее часто встречаются психические клинические синдромы деменции, депрессии, нарушения поведения и адаптации, а также социальные: утрата самообслуживания, зависимость от помощи других, социальная изоляция, подверженность насилию, нарушение семейных связей.

Среди НПР у пожилых большую часть занимают расстройства эмоциональной сферы. В большинстве случаев у пациентов старше 60 лет психические расстройства имеют коморбидные состояния (Калын Я.Б., 1999). Психические нарушения эмоциональной сферы, как правило, развиваются на фоне основного заболевания и являются одним из его проявлений (Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М., Осипова В.А., Захарченко Д.В., 2011). Наблюдается сложное вза-

имодействие соматических и психических проявлений, зачастую требуют совместного наблюдения и лечения больших терапевтом и психиатром (Раевский А.А., Осипова В.А., 2012).

Распространенность большой и малой депрессий у пожилых больных с определенными соматическими заболеваниями, такими как кардиоваскулярная и цереброваскулярная патология, острые нарушения мозгового кровообращения, составляет 36–60 % (Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А., Деев А.Д., 2005; Катаева Н.Г., 2006). Зарубежные авторы указывают на более высокую частоту встречаемости депрессий у пожилых пациентов домов сестринского ухода, достигающую 85,5 % (Hosseinian M., Tagharrobi Z., Sharifi K.H. et al., 2008).

Частота расстройств депрессивного спектра у пожилых больных геронтологического стационара составляет 65,3 %, из которых большая часть представлена органическим аффективным расстройством (Гарганеева Н.П., Шахурова Н.И., Счастный Е.Д., 2009).

Депрессии у неврологических и соматических пожилых пациентов встречается в 2 раза чаще, чем у физически здоровых людей того же возраста. Именно у этой категории больных отмечают большее число нераспознанных и нелеченных депрессий, что связано не только с недостаточной информированностью врачей и пациентов, но и с атипичными проявлениями депрессии. В то же время известно, что депрессия негативно влияет на течение любых органических заболеваний. Несомненно, значительную роль в развитии депрессии пожилого возраста играют условно «биологические» или соматогенные факторы. Это, прежде всего, изменения функционирования, связанные с естественным возрастным старением органов и тканей (Дюкова Г.М., 2007).

Ситуацию усугубляет наличие у пожилых лиц множества сопутствующих заболеваний соматического характера, в первую очередь, сердечно-сосудистой и дыхательной систем (Жигарева Н.П., Горн А.А., 2005).

У 82,2% обследованных больных пожилого и старческого возраста, перенесших перелом шейки бедра или бедренной кости, имеются психические расстройства в виде состояния спутанности (19,8 %), ситуационно обусловленные депрессивные расстройства

(8,9 %), изолированные нарушения сна (5,9%), алкогольный делирий (3 %). В целом такие психические нарушения обнаружены у более чем трети (37,6 %) обследованной популяции. Расстройства депрессивного спектра на фоне перелома шейки бедра или бедренной кости чаще возникают у лиц более молодого возраста ($p < 0,03$), тогда как состояния спутанности – у более пожилых лиц ($p < 0,01$). Вероятность редукции психических расстройств, возникших на фоне перелома шейки бедра или бедренной кости, существенно возрастает при их оперативном лечении (операция эндопротезирования или остеосинтеза) (Калын Я.Б., Пономарёва Е.В., 2012).

Среди пожилых больных с ИБС и перенесших инфаркт миокарда, находящихся в соматогеронтопсихиатрическом отделении, депрессивный эпизод легкой степени тяжести имеют 49,2 %, средней степени – 32 % и тяжелой степени – 18,8 %. У большинства пациентов основной психопатологический синдром определяется как «депрессивное состояние», поскольку на первом плане в жалобах выступает сниженное настроение, которое сопровождается нарушением сна (затрудненное засыпание, частые ночные пробуждения), снижением аппетита, напряжением, нервозностью, озабоченностью, предчувствием ожидания болевого приступа. У части пожилых больных на фоне ИБС, при хороших клинических данных и результатах электрокардиограммы, имеется тревога с кардиофобической реакцией, сопровождающаяся ипохондрическими переживаниями, жалобами на неприятные ощущения за грудиной, «дергание, пощипывание, кратковременные ощущения остановки сердца», мысли о повторном приступе ИБС или возникновении инфаркта (Шамова И.П., Жичкус В.В., Селедцов А.М. и др., 2013).

В пожилом возрасте наиболее типичными психическими нарушениями при инфаркте миокарда являются ипохондрия, тревожная депрессия, боязнь за своё здоровье, панические атаки, а при постинфарктном кардиосклерозе – ипохондрический бред, депрессия. Невротические реакции при инфаркте миокарда во многом зависят от преморбидных особенностей и проявляются в виде кардиофобических, депрессивных, тревожно-депрессивных, ипохондрических, депрессивно-ипохондрических и реже – истерических и анозогностических. При кардиофобических реакциях у больных превалирует

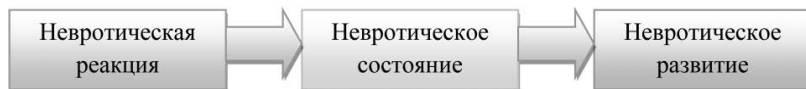
страх перед повторным инфарктом и возможной смертью от него. Они чрезмерно осторожны, сопротивляются любым попыткам расширения режима физической активности, пытаются сократить до минимума любые физические действия. На высоте страха у таких больных возникают потливость, сердцебиение, чувство нехватки воздуха, дрожь во всем теле. Тревожно-депрессивные реакции выражаются в чувстве безнадежности, пессимизме, тревоге, нередко – в двигательном беспокойстве. Депрессивно-ипохондрические реакции характеризуются постоянной фиксацией на своем состоянии, значительной переоценкой его тяжести, обилием многочисленных соматических жалоб, в основе которых могут лежать выраженные сенестопатии. Анозогнозические реакции опасны пренебрежением больного к своему состоянию, нарушением режима, игнорированием медицинских рекомендаций. В отдаленном периоде инфаркта миокарда возможны патологические развития личности, преимущественно фобического и ипохондрического типов (Высоцкий С.В., Панкова Е.П., Платонова Н.В. и др., 2013).

В пожилом возрасте характерна затяжная динамика НПР, постепенно переходящих, в благоприятных случаях, в остаточные невротические состояния при которых стираются различия между отдельными формами заболевания (Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002). Исходы депрессивных расстройств в пожилом возрасте характеризуются клиническим полиморфизмом – от интермиссии до постоянно сохраняющихся резидуальных расстройств. У 43,3 % больных имеет место благоприятный вариант исхода с полной редуцией аффективных расстройств и восстановлении психосоциальной активности, у 56,7 % – неблагоприятный вариант исхода. К неблагоприятным прогностическим признакам исхода депрессии в пожилом возрасте относятся: возникновение заболевания в возрасте старше 70 лет, коморбидность депрессивного расстройства с полиморфными невротоподобными и когнитивными расстройствами, проживание вне семьи (вследствие худшей комплаентности больных) (Ряховский В.В., 2011).

Для позднего возраста характерными являются стертость клинической картины НПР, выраженная ипохондрическая окраска переживаний. В этом периоде происходит некоторая нивелировка преморбидных личностных особенностей вследствие сужения круга

интересов на собственном «Я» и формирование «ипохондрического эгоцентризма». Течение НПР носит подострый и затяжной характер с относительной стабильностью проявлений. Вследствие возрастных особенностей, присоединения атеросклеротического процесса для пожилых людей характерна ригидность реагирования на различные, порой незначительные обыденные ситуации, воспринимавшиеся ими как психотравмирующие. Картина заболевания в этом возрастном периоде отличается полиморфизмом – сочетанием астенических, истерических, obsessивных, ипохондрических проявлений на фоне тревожно-депрессивного аффекта, что значительно затрудняет дифференциальную диагностику (Одарченко С.С., 2009).

Динамика НПР у лиц позднего возраста определялась как возрастом пациента, так и типом данных нарушений. Она реализована в рамках одинаковых для всех возрастных периодов этапности формирования невротической картины.



Клиническая картина невротических расстройств обусловлена как структурой преморбидной личности, так и содержанием психогений позднего периода. Ипохондрическая фиксация переживаний приводит к нивелировке преморбидных личностных особенностей.

У пациентов с депрессивным типом НПР (39,5 %) при сочетании депрессии и тревожных расстройств возраст наиболее активной симптоматики приходится на период до 84 лет ($p < 0,05$), по мере нарастания когнитивных изменений в психическом статусе число этих пациентов снижается (28,2 %; $p < 0,05$). Для инициального периода депрессивных расстройств, коморбидных с когнитивными нарушениями, характерен полиморфизм клинической симптоматики и её стойкость. Динамический стереотип алкоголизации при поздних депрессиях проявляется бессистемностью потребления и незавершенностью основных наркопатологических феноменов.

В динамике психопатоподобного (неврозоподобного) типа НПР (13,3 %) у лиц позднего возраста можно выделить два этапа: ин-

волюционный этап (68,8 %) и этап старческого регресса (21,2 %). Описаны феномены «поздней депсихопатизации» (14 %) в виде гармонизации личности под влиянием благоприятных социально-психологических и биологических условий; вариантов латентной психопатии и трансформации аномального личностного склада.

В генезе невротического типа НПР у лиц позднего возраста преобладающее патогенное значение имеют неблагоприятные: семейные отношения (49,4 %), сочетание психических травм (33,3 %) с кумулирующим действием по типу «второго удара»; психогенные факторы в сфере производственных отношений (10,5 %); сексуальные и бытовые психические травмы (4,3 и 2,5 %). Помимо ведущей роли психогений в возникновении невротозов немаловажное значение принадлежит факторам тесно связанным с возрастом больного. НПР у пациентов 60–70 лет развиваются на фоне соматического неблагополучия, начальных явлений атеросклероза, инволюционных сдвигов (Одарченко С.С., 2009).

НПР пожилого возраста влекут за собой изменения социальной жизни, в частности обеднение контактов, ограничение или полное отсутствие внутрисемейного общения или отгороженность от социального окружения в рамках семьи. Факторы среды (неблагоприятные внутрисемейные, межличностные, производственные взаимоотношения) играют существенную роль не только в возникновении НПР, но и в психопатологическом их оформлении и особенностях течения заболевания.

Для контингента больных пожилого возраста характерны проблемы, возникающие при взаимодействии между специалистами учреждений здравоохранения и социальной защиты при организации внебольничной психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи.

С целью изучения особенностей НПР в пожилом возрасте нами были обследованы 35 пациентов психотерапевтического отделения ГБУЗ АО «Архангельский психоневрологический диспансер» с НПР; I группа включала 17 человек в возрасте старше 60 лет ($63,7 \pm 4,4$ лет), II группа – 18 человек в возрасте 40–59 лет ($53,0 \pm 6,0$ лет). Среди обследуемых I группы было 15 женщин, а среди II группы – 17 женщин.

Использовались методы анкетирования, клинической беседы и

психодиагностического обследования пациентов. Последний включал: методику диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина; методику дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге, адаптированную Т.И. Балашовой; методику диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона; методику диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН); опросник Мини-мульти.

Анализ социального статуса психотерапевтических пациентов показал, что среди лиц I группы работающими были 29,4 %, а среди лиц II группы – 44,4 %. По профессиональному статусу во II группе было одинаково много специалистов и работающих по рабочим специальностям, а в I группе – 80 % трудились по рабочим специальностям, не требующим квалифицированного труда, что объясняется тем, что лица старше 60 лет находились на пенсии и большинство из них продолжали не прежнюю профессиональную деятельность, а вынуждены были перейти на другое место работы.

По семейному положению $\frac{1}{3}$ обследуемых I группы были в официальном браке, тогда же, как среди II группы более $\frac{1}{2}$, что говорит о том, что большинство лиц старше 60 лет были вдовами (вдовцами), вследствие смерти супруга(и). Более $\frac{1}{2}$ лиц старшей возрастной группы проживали одни, тогда как в более молодой возрастной группе одиноко проживали лишь 16,7 % обследуемых.

Образовательный уровень обследуемых был следующим: в I группе 29,4 % имели высшее образование, 47,1 % – среднее специальное и 17,6 % – среднее образование, в то же время, во II группе 11,1 % имели высшее образование, 61,1 % – среднее специальное и 22,2 % – среднее образование. Таким образом, лица с высшим образованием в возрасте после 60 лет, в сравнении с более молодыми пациентами с высшим образованием, чаще обращались за психотерапевтической помощью.

К врачу психотерапевту по направлению другого врача обратились 35,3 % пациентов I группы и 44,4 % – II группы, то есть пожилые пациенты чаще обращаются за психотерапевтической помощью самостоятельно. На момент обследования 58,8 % лиц I группы и 50 % – II группы обратились к психотерапевту впервые, то есть данный показатель достоверно не различался.

Анализ частоты встречаемости основных нозологических форм непсихотических психических расстройств у пациентов разных возрастных групп показал, что среди пациентов в возрасте после 60 лет в два раза чаще встречались органические НПР ($p < 0,001$) и значительно реже невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства ($p < 0,001$). В то же время среди пациентов II группы наблюдались аффективные НПР, чего не отмечалось в старшей возрастной группе. Выявленные различия в представленности нозологических форм НПР в разных возрастных группах объясняются большей ролью психогенной составляющей в развитии расстройств у лиц более молодого возраста и в то же время большим вкладе органической патологии сосудистого характера при возникновении расстройств в возрасте старше 60 лет.

У пациентов в возрасте после 60 лет чаще встречались сопутствующие соматические заболевания, чем среди лиц в возрасте 40–59 лет ($p < 0,0015$), что закономерно объясняется нарастанием соматической отягощенности с возрастом.

Сравнительный анализ длительности существования НПР в разных возрастных группах выявил, что в I – было больше всего пациентов с течением заболевания от 1 до 6 мес. (41,2 %) и более 12 мес. (35,3 %), а во II – до 1 мес. (33,3 %), 6–12 мес. (27,8 %) и более 12 мес. (33,3 %), то есть пациенты более молодого возраста обращаются за психотерапевтической помощью чаще в более ранние сроки, чем пациенты старшего возраста. Однако необходимо обратить внимание и на тот факт, что в обеих возрастных группах у каждого третьего пациента длительность течения заболевания составила более года.

Наличие психотравмирующей ситуации в развитии НПР было установлено у 64,7 % лиц I группы и 72,2 % – II группы, что свидетельствует о большей этиологической значимости стресса в более молодом возрасте (40–59 лет).

Прием лекарственных средств в связи с сопутствующей соматической патологией имел место у 52,9 % пациентов I и 33,3 % – II групп, то есть лица старше 60 лет чаще принимали лекарственные средства по поводу сопутствующей соматической патологии. Однако показатель среднего количества лекарственных препаратов в I группе составил $2,1 \pm 1,9$, а во II – $2,2 \pm 0,9$ (без достоверных различий).

Выявленные особенности подчеркивают значимость более тщательного выявления сопутствующей соматической патологии у лиц пожилого возраста, более пристального внимания при учете совместимости назначаемых препаратов и предупреждения полипрагмазии.

Анализ назначенных психофармакологических препаратов у пациентов с НПР разных возрастных групп показал, что более 2/3 обследованных одинаково часто получали антидепрессивные и анксиолитические средства, что связано с преобладанием в структуре НПР симптомов депрессии и тревоги, и реже – снотворные и нейролептики.

Результаты анкетирования пациентов показали, что состояние здоровья пациенты I группы чаще оценивали, как более худшее ($p < 0,05$). Болевые ощущения одинаково часто предъявлялись обследуемыми обеих возрастных групп. Более значительные нарушения в переносимости физических нагрузок были у лиц I группы ($p < 0,05$). Обследуемые I группы чаще оценивали свое психологическое состояние как более плохое ($p < 0,05$); они чаще высказывали жалобы на снижение настроения и чувство тревоги ($p < 0,01$).

Материальное положение пациенты обеих групп оценивали как удовлетворительное, но в то же время несколько хуже – в I группе. Более негативные взаимоотношения в семье и с окружающими имелись у лиц старше 60 лет ($p < 0,05$).

Таким образом, пациенты в возрасте после 60 лет в сравнении с лицами в возрасте 40–59 лет имеют более выраженные субъективные нарушения в психологическом, социальном и соматическом функционировании.

По методике Спилбергера-Ханина у обследуемых разных возрастных групп отмечались высокие уровни личностной тревожности, в то же время показатели ситуативной тревожности свидетельствовали о ее умеренном уровне. Лица в возрасте 40–59 лет имели несколько более высокие уровни ситуативной тревожности, чем лица старше 60 лет ($p < 0,05$).

По шкале самооценки депрессии Цунга признаки депрессии обнаруживались у 41,8 % пациентов I и 41,2 % – II групп, по данной методике различий между группами не отмечалось. По методике диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рас-

села и М. Фергюсона каждый четвертый больной испытывал одиночество (I группа – 23,2 %, II – 25,9 %).

По методике «Самочувствие. Активность. Настроение» лица пожилого возраста с НПР в сравнении с более молодыми обследуемыми чаще были не удовлетворены по критериям «самочувствия» ($p < 0,05$) и «активности» ($p < 0,05$), в то же время свое настроение пациенты II группы оценивали как более плохое ($p < 0,05$).

Анализ результатов по методике Мини-мульти у лиц с НПР разных возрастных групп показал, что пациенты в возрасте старше 60 лет имели более низкие показатели по шкалам «ипохондрия» ($p < 0,05$) и «истерия» ($p < 0,05$), вероятно, они были менее фиксированы на своих телесных ощущениях, менее склонны к соматизации тревоги и ее вытеснению, обладали недостаточной способностью к спонтанности в социальных контактах. В то же время у них наблюдались более высокие показатели по шкалам «психопатия» ($p < 0,01$), «паранояльность» ($p < 0,001$), «психастения» ($p < 0,001$), «шизоидность» ($p < 0,01$) и «гипомания» ($p < 0,01$), то есть они характеризовались большей конфликтностью, эмоциональной неустойчивостью, обидчивостью, возбудимостью и чувствительностью, ригидностью, склонностью к систематизации накопленного опыта, подозрительностью, тревожностью, боязливостью, нерешительностью, замкнутостью, отчужденностью в межличностных отношениях, активностью и деятельностью.

Таким образом, для лиц пожилого возраста с НПР характерны социальные характеристики: каждый третий имеет высшее образование, 1/3 – продолжает свою профессиональную деятельность, занимаясь трудом, не требующим квалификации; 2/3 – не имеют семьи и одиноко проживают. Среди пациентов в возрасте после 60 лет в два раза чаще встречаются органические непсихотические расстройства в сравнении с возрастом 40–59 лет, но в то же время реже – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. 60 % больных старше 60 лет имеют соматическую отягощенность и более половины принимают постоянно лекарственные препараты, что необходимо учитывать при совместимости назначаемых препаратов, 2/3 пациентов назначаются антидепрессанты и анксиолитики.

Лица в возрасте после 60 лет имеют более выраженные субъективные нарушения в психологическом, социальном и соматическом функционировании. Они обладают высокой ситуативной тревожностью, ригидностью, эмоциональной неустойчивостью, обидчивостью, замкнутостью и отгороженностью от окружающего мира.

3.2. Особенности когнитивных расстройств в пожилом возрасте

Когнитивные расстройства – это наличие нарушений одной или нескольких когнитивных функций. Они возникают вследствие различных заболеваний головного мозга (церебральный атеросклероз, болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, старческое слабоумие, болезнь Паркинсона и др.) и влияют на эффективность профессиональной, бытовой и социальной адаптации. Своевременная диагностика когнитивных расстройств помогает предупредить развитие заболеваний и принять необходимые меры для предотвращения прогрессирования болезни.

Традиционно к когнитивным функциям относятся наиболее сложные функции головного мозга, такие как память, внимание, речь, интеллект, мышление и др. Память – одна из основных высших мозговых функций, включающая совокупность процессов, обеспечивающих восприятие, хранение, воспроизведение и забывание информации. Под забыванием понимается или безвозвратная утрата информации, или невозможность ее извлечения при обычных условиях. Снижение памяти один из наиболее распространенных симптомов, с которым регулярно встречаются врачи общей практики.

Именно снижение памяти, в первую очередь, беспокоит пожилого человека и постепенно начинает мешать осуществлению их нормальной жизнедеятельности. По данным литературы, повышенную забывчивость отмечают у себя не менее 50 % людей старше 50 лет и не менее 75 % старше 70 лет (Захаров В.В., Локшина А.Б., 2004). В начале заболевания нарушается кратковременная память на недавние события, а также могут беспокоить неуверенность, страх, снижение настроения, изменения поведения. Снижение памяти проявляется в мелочах, таких как пропущенные встречи, потерянные

предметы, когда человек забывает, зачем пришел в комнату. Многие из этих симптомов могут быть выявлены с помощью специальной диагностики, позволяющей сказать, являются ли данные жалобы проявлениями того или иного заболевания головного мозга.

Наряду с нарушением памяти, у больных отмечаются также трудности концентрации внимания, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, снижение способности к сосредоточению. Последнее тесно связано с расстройством внимания, характеризуется неспособностью фиксировать внимание на определенном виде деятельности или выделять нужную информацию из серии разных стимулов (Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. и др., 2010).

Нарушения внимания являются болезненными расстройствами, в разной мере наблюдающимися при органических поражениях мозга. Они характеризуются неадекватными изменениями направленности, избирательности деятельности и координации отдельных действий; могут проявляться в сужении объема внимания, в его неустойчивости (отвлекаемость на побочные раздражители).

Расстройство речи – это распад речевых навыков, связанный с органическими заболеваниями. Например, при инсульте или динамических нарушениях кровообращения, нервно-психических заболеваниях с проявлениями слабоумия могут нарушаться функции речи, счета и письма. Больные путают слова, меняют в них местами слоги, постепенно теряют способность к произвольной речи, появляются эхолалии (повторение сказанного другими).

Нарушения речи (афазии) чаще всего развиваются при патологии лобных или височно-теменных отделов головного мозга. При этом поражение височно-теменных отделов приводит к расстройствам понимания речи, а при патологии лобных долей первично нарушается способность выражать свои мысли с помощью речевых высказываний (Лурия А.Р., 1973).

Если заболевание вовремя не распознается и адекватное лечение не назначено, потеря познавательных функций постепенно прогрессирует, приводя, в конечном итоге, к развитию деменции. В этом случае нарушения когнитивных функций выражены настолько, что приводят к затруднениям в обычной для больного бытовой, профессиональной и социальной деятельности.

Под деменцией понимают утрату ранее приобретенных интеллектуальных способностей. О наличии или отсутствии деменции можно судить лишь в том случае, если у больного нет острых нарушений сознания, а также некоторых психических расстройств. Психодиагностика на ранних этапах деменции крайне необходима для ранней коррекции нарушений (Фернандес Р., Самульс М., 1997).

На этапе деменции пациент полностью или частично утрачивает свою независимость и самостоятельность, а при умеренной и тяжелой деменции нередко нуждается в постороннем уходе. Очень важно отметить, что деменция является результатом длительного, нередко многолетнего, прогрессирования различных заболеваний головного мозга, в том числе болезни Альцгеймера, сосудистой мозговой недостаточности.

Коморбидность НПР и когнитивных расстройств имеет в своей основе общность структурно-функциональной организации систем, связывающих различные отделы префронтальной коры с подкорковыми структурами (базальными ганглиями и структурами, входящими в лимбическую систему). На стадии недементных когнитивных расстройств лидируют депрессия, апатия, тревога и нарушения сна в различных сочетаниях. На стадии деменции по мере прогрессирования нейродегенеративного процесса НПР становятся более выраженными, их спектр расширяется, и к ним присоединяются агрессия и психотические расстройства. Представлена специфика НПР при различных нейродегенеративных заболеваниях. НПР негативно влияют в основном на нейродинамические и регуляторные составляющие когнитивной деятельности. В свою очередь, когнитивные расстройства также усугубляют НПР, ограничивая любые виды привычной активности больных (Вознесенская Т.Г., 2010).

Можно выделить следующие последствия когнитивных нарушений у пожилых: сложности при выполнении договоренностей и при выполнении простых действий в быту; неспособность согласовать предложения в обычной речи; значительное изменение почерка; недостаточная концентрация внимания; чувство чрезмерного напряжения, раздражительность; быстрая утомляемость; угнетенное настроение; снижение круга интересов и др. (Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., 2006).

При нормальном старении уязвимыми являются следующие функции: быстрота реакции на внешние стимулы, способность к концентрации внимания, способность быстро переключаться с одного вида деятельности на другой. При этом остаются сохранными память на отдаленные события жизни и приобретенные в прошлом навыки, ориентировка во времени и пространстве, адекватная оценка собственной личности, восприятие, речь, счет, мышление и др. При появлении отчетливых нарушений этих функций они должны рассматриваться как признаки патологии головного мозга. Однако необходимо отметить, что возрастные изменения познавательных функций не являются обязательными признаками нормального старения.

Возраст может рассматриваться как причина относительно небольшого и не прогрессирующего ухудшения памяти и внимания. Уже после 45 лет наблюдается снижение этих функций, однако характер и степень этого снижения могут широко варьироваться. Возникновение легких нарушений памяти у пожилых связано с замедлением обработки информации, что приводит к трудностям в приобретении новых знаний и навыков.

Существуют серьезные проблемы, связанные с несвоевременной диагностикой когнитивных расстройств. Как правило, пациенты обращаются за медицинской помощью с уже сформированными крайне тяжелыми нарушениями и существенно утраченными навыками самообслуживания. В этой ситуации возможности помощи пациентам весьма ограничены.

Психодиагностика когнитивных расстройств должна быть проведена как можно раньше, так как терапия, особенно на ранних этапах развития заболевания, имеет существенные шансы на успех. Именно поэтому необходимо своевременное проведение диагностики памяти и внимания у лиц пожилого возраста для профилактики и лечения деменции.

3.3. Особенности эмоциональных расстройств в пожилом возрасте

Общие изменения в эмоциональной сфере пожилого человека характеризуются следующими признаками: изменение динамично-

сти эмоциональных состояний, выражающееся либо в инертности, либо в лабильности эмоций; возрастание роли и места, занимаемого отрицательными эмоциями; высокая устойчивость высших эмоций, в том числе эмоций, связанных с индивидуальным творчеством. В пожилом возрасте значительно уменьшается контроль за проявлением эмоций (смех, радость, печаль). Нередко наблюдается и противоположное явление – эмоциональная черствость, снижение эмпатийности (Ильин Е.П., 2001).

Многие особенности эмоциональной сферы лиц пожилого возраста обусловлены изменением их социальной роли в обществе в связи с уходом на пенсию, необходимостью адаптации к новым условиям жизни. У одних это вызывает появление негативных эмоциональных переживаний, у других – позитивных, когда человек радуется тому, что наконец-то он может свободно распоряжаться своим временем и посвятить себя делам, которые его интересуют.

Среди психических расстройств у пожилых пациентов, с которыми сталкиваются в повседневной практике врачи амбулаторного звена (терапевты, невропатологи), можно отметить астенический (варианты – гиперстенический, гипостенический), депрессивный и тревожный синдромы. На практике чаще встречаются смешанные синдромы: астено-депрессивный, тревожно-депрессивный, тревожно-ипохондрический.

По данным ряда авторов, представленность депрессии у людей старше 60 лет составляет от 7 до 36 % (Beekmen А.Т., 1999; Ряховский В.В., 2011). При этом у пожилых пациентов, находящихся в стационаре, этот процент возрастает до 40 % (Вейн А.М., Вознесенская Т.Б., Голубев В.Л., Дюкова Г.М., 2007). Известно, что с возрастом риск возникновения депрессии возрастает в 1,4 раза каждые 10 лет жизни (Горбунов В.В., 2001). В то же время данные расстройства плохо распознаются в общемедицинской практике (Корнетов Н.А., 2014).

Наибольший процент нераспознанных и нелеченных депрессий приходится именно на депрессии в пожилом возрасте. Также депрессия считается одной из основных причин значительного снижения качества жизни в пожилом возрасте. Как правило, она протекает на фоне органических неврологических и соматических заболева-

ний. Такое сочетание порождает многочисленные проблемы – от сложностей выявления депрессии до понимания ее патогенеза, причинно-следственных отношений с органическими заболеваниями и определения подходов к терапии (Вознесенская Т.Г., 2009).

Значимость депрессии в качестве предиктора фатальных сердечно-сосудистых осложнений особенно отчётливо прослеживается в популяции лиц старше 60 лет. Наличие депрессии рассматривается как фактор риска атеросклероза, артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), аритмии (Garney R.M., Freedland K.E., Miller G.E., Jaffe A.S., 2002; Краснов В.Н., 2002; Погосова Г.В., 2012). Наличие у пожилых больных с АГ депрессии достоверно повышает риск развития инфаркта миокарда, инсульта и смерти, причём у больных мужчин старше 70 лет эта вероятность возрастает в 2 раза (Оганов Р.Г., Деев А.Г., Погосова Г.В. и др., 2011).

У пациентов пожилого возраста, страдающих АГ и ИБС, тревожные и депрессивные расстройства встречаются достаточно часто. При этом распространенность указанных аффективных расстройств в большей степени связана с тяжестью АГ (Ларева Н.В., Валова Т.В., 2013).

Депрессия, дебютирующая в пожилом возрасте, часто бывает продромальным феноменом, возникая на ранней стадии сосудистой или дегенеративной патологии головного мозга, ведущей к деменции. При этом влияние депрессии может быть опосредовано гиперсекрецией кортизола, активизацией нейровоспалительного процесса в головном мозге, сопряженной с отложением в мозге амилоида, а также недостаточной продукцией трофических факторов (Левин О.С., Васенина Е.Е., 2012).

При депрессивно-ипохондрических реакциях на первый план выходят многочисленные соматические жалобы с тревожными опасениями за здоровье, фобическими эпизодами. Депрессивные расстройства у пожилых больных достаточно трудны для распознавания, так как часто проявляются в атипичных формах. Маскированные депрессии встречаются у 60 % пожилых больных с тяжелыми и 20 % с легкими соматическими расстройствами. Типичны разнообразные кардиалгии, гипервентиляционный синдром, нарушения функции кишечника, артралгии, диссомнии, упорные алгии,

нередко сочетающиеся со злоупотреблением лекарственными средствами. Снижение умственной работоспособности (вследствие невозможности сконцентрировать внимание), ухудшение памяти и общая дезорганизация психических процессов также могут служить проявлением депрессии.

В МКБ-10 основное значение придается вариантам течения депрессии: единственный депрессивный эпизод, рекуррентная депрессия, биполярное расстройство (смена депрессивных и маниакальных фаз), циклотимия, дистимия, а также степени их выраженности – легкая, умеренная, тяжелая депрессии. Центральное место в систематике занимает категория «депрессивный эпизод».

Основные симптомы, позволяющие заподозрить наличие депрессии у пациента, следующие (Дубенко А.Е., Коростий В.И., 2014):

- значительное снижение настроения по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее 2 недель вне зависимости от ситуации;
- отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;
- снижение активности;
- повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы, которые не всегда указывают на присутствие депрессивного состояния, однако, учитываются в комплексной диагностике: снижение работоспособности, концентрации внимания; чувство неуверенности в себе, снижение самооценки; ощущение вины и склонность к самоунижению (даже при легких депрессиях); мрачное и пессимистическое видение будущего; идеи или действия, направленные на самоповреждение или самоубийство; нарушенный сон и аппетит.

Диагностика депрессии в пожилом возрасте имеет некоторые сложности. Особенности клинической картины депрессии у пациентов пожилого возраста проявляются видоизменением основных симптомов. Так, при депрессии в позднем возрасте несколько изменены ее симптомы (Koenig H.G., George L.K., Peterson B.L. et al., 1997): практически отсутствуют жалобы на печаль и уныние; ипохондрические и соматические жалобы вместо жалоб на печаль и уныние; жалобы на плохую память или клиническая картина, напо-

минающая деменцию; позднее появление невротической симптоматики (выраженная тревога, обсессивно-компульсивная или истерическая симптоматика); апатия и низкий уровень мотивации.

Симптомы, которые трудно интерпретировать у пожилых из-за сопутствующего соматического заболевания у пациента: анорексия, уменьшение массы тела, снижение энергии.

Необходимо учитывать, что некоторые лекарственные препараты могут вызывать органическую депрессию у пожилых (Baldwin R., Wild R., 2002): гипотензивные (бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов (нифедипин), сердечные гликозиды, дигоксин); кортикостероиды (преднизолон); анальгетики (кодеин, опиоиды); СОХ-2-ингибиторы (целекоксиб, рофекоксиб); лекарственные средства для лечения паркинсонизма (леводопа, амантадин, тетрабенезин); психотропные лекарственные препараты (антипсихотические препараты, бензодиазепины).

У лиц пожилого возраста соматические расстройства могут служить органической причиной депрессии (Baldwin R., Wild R., 2002): эндокринные и обменные (гипо- и гипертиреоз; синдром Кушинга; гиперкальциемия (первичный гиперпаратиреоз или карцинома); пернициозная анемия; дефицит фолиевой кислоты); органическое поражение головного мозга (заболевание сосудов головного мозга, инсульт; опухоли центральной нервной системы; болезнь Паркинсона; болезнь Альцгеймера); латентная карцинома (поджелудочной железы; легких); хронические инфекционные заболевания (нейросифилис; бруцеллез; опоясывающий лишай).

Таким образом, в пожилом возрасте довольно часто встречается депрессивный синдром, как правило, сочетающийся с коморбидной соматической патологией. Клинические проявления депрессии у пожилых видоизменены.

Тревожные расстройства являются наиболее часто встречающимися формами психической патологии в пожилом возрасте. Распространенность тревожных расстройств среди населения составляет от 3 до 30 %, а в пожилом возрасте 25 % (Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М., 2007). В России среди пациентов первичного звена здравоохранения доля пациентов с расстройствами тревожного спектра, которые включают соматоформ-

ные расстройства, насчитывает 45,9 % (Михайлова Н.М., Сирыченко Т.М., 2006). Симптомы тревоги относятся к факторам риска сердечно-сосудистых, церебрально-сосудистых заболеваний и когнитивных нарушений. Они сопровождаются большими затратами ресурсов здравоохранения, снижением работоспособности и качества жизни (Blay S.L., Marinho V., 2012).

К группе тревожных расстройств относят ряд различных психических заболеваний, а именно: острое стрессовое, паническое расстройства, агорафобию, генерализованное тревожное расстройство, тревожные нарушения, обусловленные соматическими заболеваниями или вызванные употреблением психоактивных веществ, обсессивно-компульсивное, посттравматическое стрессовое расстройства, социофобию и специфические фобии (МКБ-10, 1994).

У пожилых среди тревожных нарушений преобладают фобии и специфические фобии (Andrade L., Eaton W.W., Chilcoat H., 1994). Среди фобий можно выделить страх падений, который обусловлен изменениями походки и равновесия у лиц пожилого возраста. Данный страх бывает чрезмерным и сопровождается избеганием падений, последствия которых могут быть весьма сложными, вплоть до отказа от обычной повседневной деятельности.

Распространенность генерализованного тревожного расстройства в возрастной группе 55–85 лет составляет 2,8 %. Наиболее значимыми предикторами генерализованного тревожного расстройства являются коморбидное депрессивное расстройство, обеспокоенность по поводу наличия серьезного соматического заболевания, прием медикаментов и тревожные нарушения в семейном анамнезе (Goncalves D.C., Byrne G.J., 2012).

Одним из тревожных расстройств, встречающихся в пожилом возрасте, является ПТСР. Диагностика этого расстройства у пожилых имеет ряд трудностей, поскольку имеются характерные для этого возраста пусковые факторы, например, насилие на улице или дома, проблемы со здоровьем, сообщения о войнах и насилии в средствах массовой информации, несчастные случаи в быту. Распространенность ПТСР среди лиц в возрасте 60–85 лет составляет 4,0 %, а симптомы ПТСР – у 12,2 %. Имеется прочная взаимосвязь между ПТСР у пожилых и суицидальным поведением (Glaesmer H.,

Gunzelmann T., Braehler E. et al., 2010).

Тревожным расстройствам в позднем возрасте часто сопутствует депрессия (Lamer F., van Oppen P., Comij H.C. et al., 2011). Течение тревожных и депрессивных расстройств различно. Более благоприятное течение характерно для «чистых» депрессивных расстройств (24,5% эпизодов хронические), менее благоприятное течение – для тревожных (хронические эпизоды в 41,9 % случаев), наихудшее течение – для смешанных тревожно-депрессивных (хронические эпизоды в 56,8% (Pennix B.W., Beekman A.T., Honig A. et al., 2001).

При тревожных расстройствах у лиц пожилого возраста обнаруживается отрицательное влияние на познавательные функции и повышение риска их ухудшения (Potvin O., Hudon C., Dion M. et al., 2011).

Тревожным состояниям в пожилом возрасте часто сопутствуют различные соматические заболевания. Сочетание тревожных расстройств и сердечно-сосудистой патологии имеет взаимное отрицательное влияние. Исключение составляет генерализованное тревожное расстройство при остром коронарном синдроме. У таких лиц отмечается лучший исход на протяжении 5 лет. Беспокойство у таких больных является конструктивным, и они с большей вероятностью своевременно обращаются за помощью, лучше соблюдают предписания, режим программ реабилитации (Parker G. et al., 2011).

Исходя из этого, можно сказать, что в пожилом возрасте нередкой патологией являются тревожные расстройства в виде фобий и специфической фобии. Данные расстройства могут быть предикторами сосудистой патологии.

У лиц пожилого возраста широко распространены астенические расстройства. Астения (греч. «бессилие», «отсутствие сил»), или астенический синдром. Частота астенического синдрома в популяции колеблется от 12 % до 18 %, врачи общей практики сталкиваются с ней, примерно, у 20–25 % пациентов. Частота хронической формы астении, или синдрома хронической усталости, в популяции достигает 2,8 % (Аведисова А.С., 2004; Дюкова Г.М., 2012).

Ключевыми симптомами в определении астении являются слабость и утомляемость. Утомлением называют чувство слабости, вялости, возникающее после нагрузки; это естественное физио-

логическое состояние, проходящее после отдыха. Патологические слабость и утомляемость характеризуются тем, что они возникают не только при нагрузке, но и без нее и не проходят после отдыха.

В МКБ-10 астения относится к классу «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F4) в рубрике «Неврастения», и к классу «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицируемые в других группах» (R13) в рубрике «Недомогание и утомляемость» (R53). В МКБ-10 определение астенического синдрома звучит следующим образом: «постоянное ощущение и/или жалобы на чувство общей слабости, повышенной утомляемости (при любом виде нагрузки), а также снижение работоспособности сочетаются с 2 или более из нижеперечисленных жалоб: мышечные боли; головные боли напряжения; головокружение; нарушения сна; диспепсия; неспособность расслабиться, раздражительность».

В клинической практике наиболее часто встречаются следующие варианты астении:

1) астения как один из симптомов различных заболеваний: соматических, инфекционных, эндокринных, психических и т.д.;

2) астенический синдром в виде временного и преходящего состояния, обусловленного влиянием различных факторов, среди которых могут быть физические и психические перегрузки, инфекционные заболевания, оперативные вмешательства, прием некоторых лекарственных препаратов и пр. В подобных случаях речь идет о реактивной или вторичной астении;

3) хроническая патологическая утомляемость, или синдром хронической усталости, как отдельное клиническое проявление.

Астенический синдром может быть соматогенным (вторичным или симптоматическим, органическим) или психогенным (функциональным, первичным). Выделяют также реактивную и хроническую астению. Соматогенные (вторичные, симптоматические) астении являются одним из проявлений различных заболеваний или следствием воздействия определенных факторов (Дюкова Г.М., 2012): инфекционных, соматических, онкологических, неврологических, гематологических и соединительнотканых заболеваний;

эндокринных и метаболических расстройств; ятрогенных воздействий (прием медикаментозных препаратов); профессиональных вредностей; эндогенных психических заболеваний (депрессия).

Диапазон астенических расстройств в пожилом возрасте варьирует от легкой утомляемости, раздражительности, нарушений сна до выраженных астенических состояний с невозможностью выполнять привычные функции, то есть существенно нарушающих качество жизни больных. В развитии астении у пожилых людей важную роль играют нарушения функции биологических часов (биологических ритмов). Астенические расстройства включают триаду болезненных нарушений: собственно астению, вегетативные расстройства, расстройства сна. Первыми проявлениями обычно выступают повышенная утомляемость, раздражительность наряду с аффективными нарушениями в виде неустойчивости настроения, раздражительной слабости и пр. (Подрезова Л.А., Маркина Т.Р., Сейку Ю.В., 2014).

Таким образом, астенический синдром в пожилом возрасте, чаще проявляющийся повышенной утомляемостью и раздражительностью на фоне соматической и сосудистой патологии, снижает качество жизни больных.

4. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

4.1. Основные подходы к ранней диагностике психических расстройств у лиц пожилого возраста

В возрасте 60 лет и старше ставится на диспансерный учет и обеспечивается специализированной помощью лишь 1,2 % больных неврозами, 2,1 % – пожилых, страдающих психопатией, и всего 0,6 % лиц с соматогенно обусловленными НПР.

Наблюдением и лечением охвачены преимущественно лица с наиболее тяжелыми формами психических заболеваний, развивающихся в позднем возрасте, а также состарившиеся больные, взятые на учет задолго до достижения ими старческого возраста. Большинство пациентов старческого возраста с не резко выраженными психическими расстройствами остаются вне психиатрического наблюдения.

По данным эпидемиологических исследований, уровень выявления психических заболеваний в пожилом и старческом возрасте определяется следующими факторами:

- характером и тяжестью психического заболевания,
- возрастом к моменту его манифестации,
- возрастом и полом больного,
- социальной активностью больного,
- семейно-средовыми факторами.

Психические расстройства в пожилом возрасте негативно влияют на прогноз при лечении сопутствующей соматической патологии, выживаемость и качество жизни пациентов, затрудняют курацию врачом и уход, препятствуют реализации прав больных при получении медицинской помощи. В связи с этим врач любой специальности должен владеть начальными навыками диагностики психических расстройств, характерных для данной возрастной группы пациентов, чтобы правильно и своевременно оказать медицинскую помощь и избежать правовых нарушений (Елфимова Е.В., Елфимов М.А., 2013).

Комплексная диагностика НПР у пациентов позднего возраста

в большинстве случаев является сложным процессом, требующим, помимо тщательного клинического исследования, внимательного изучения психосоциального анамнеза, а нередко и длительного ка-тамнестического наблюдения.

НПР как сложное полифакториальное психическое нарушение должно рассматриваться в рамках психиатрического, социально-демографического базисов и базиса коморбидной соматической патологии (рис. 1).

Системная модель непсихотических психических расстройств позднего возраста (Одарченко С.С., 2009) представлена в таблице 1.



Рис. 1. Системная модель оценки непсихотических психических расстройств позднего возраста (Одарченко С.С., 2009)

Данная модель позволяет провести не только диагностику у конкретного человека, но и описать его психопатологическое состояние, дать личностную характеристику, определить социальный статус, прогнозировать и планировать необходимый объем практических коррекционных мероприятий.

Компоненты системной модели НПР у лиц позднего возраста включают системную структуру (многоосевую классификацию с кольцевой репрезентацией) и системную среду, связанные между собой определенными отношениями – системной функцией, которая описывается осями.

**Системная модель непсихотических психических расстройств
позднего возраста (Одарченко С.С., 2009)**

<i>Оси системной модели</i>	<i>Параметры оси</i>
<i>Психиатрический базис</i>	
Ось 1. НПП	Описывает клиническую типологию НПП, типологию дебюта, динамические стереотипы
Ось 2. Аффективные расстройства	Раскрывает клиническое содержание аффективных расстройств, основные категории которых относятся, главным образом, к разделу F3. При необходимости могут использоваться рубрики других разделов
Ось 3. Неаффективные психические расстройства	Описывает клиническое содержание неаффективных синдромов, основные категории которых относятся, главным образом, к разделам F0 и F10
Ось 4. Когнитивные функции	Описывает возможность реализации когнитивных личностных характеристик
Ось 5. Качество жизни	Квалифицирует компоненты качества жизни
<i>Базис коморбидной соматоневрологической патологии</i>	
Ось 6. Соматический статус	Наличие острых и хронических заболеваний внутренних органов, травм, операций в анамнезе в соответствии с критериями МКБ-10, кроме разделов F
<i>Социально-демографический базис</i>	
Ось 7. Образование и проф. деятельность	Образование, производственный труд, полевой труд, специфический офисный труд
Ось 8. Стаж работы	Стаж работы на производстве
Ось 9. Половозрастная структура	Пол, возраст
Ось 10. Семейное положение	Семейные статус; наличие детей, возраст и занятие детей, уровень социальной поддержки со стороны родственников

Ось 11. Социальная вовлеченность	Общественная позиция, участие в общественной жизни; политическая вовлеченность; культуральные интересы
Ось 12. Доход	Уровень дохода, периодичность выплат
Ось 13. Источник доходов	Заработная плата; социальные пособия; пенсии; коммерческая деятельность; помощь родственников
Ось 14. Социально-экономический статус	Условия проживания; наличие транспортного средства и дачи; возможности летнего отдыха; проведение досуга
Ось 15. Медицинская помощь	Описывает экономические, географические и социальные возможности пациента для получения определенного уровня общемедицинской и геронтопсихиатрической помощи

4.2. Экспресс-диагностика психического здоровья у лиц пожилого возраста

Существующая в настоящее время социально-демографическая тенденция к увеличению количества пожилых в общей массе населения страны рождает необходимость планомерной работы медицинских служб с данной категорией граждан. Прекращение или ограничение трудовой деятельности для пожилого человека, вышедшего на пенсию, серьезно меняет его ценностные приоритеты, образ жизни, общение и часто является причиной целого ряда психологических проблем.

Пожилые люди – это очень разнообразная категория населения, различающиеся по характерологическим особенностям, статусу, состоянию. Это могут быть люди одинокие и проживающие в семьях, с хроническими заболеваниями и практически здоровые, ведущие активный образ жизни и малоподвижные, интересующиеся происходящим во внешнем мире и погруженные в себя.

В литературе имеется достаточно много методик для исследования нарушений отдельных психических функций и свойств личности (стандартизированный многофакторный метод исследования

личности (Собчик Л.Н., 2001), 16-факторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла, тест интеллекта Т. Векслера и др.), однако большинство методик могут использоваться у лиц трудоспособного возраста без нарушений интеллекта, внимания, памяти и восприятия. В то же время они не могут быть использованы или ограничено применимы в пожилом возрасте.

Нами была предложена комплексная экспресс-диагностика психического здоровья у лиц пожилого возраста (Соловьев А.Г., Новикова И.А., Местечко В.В., 2014), представляющая собой совокупность методик, направленных на диагностику разных сфер психического здоровья (табл. 2):

- 1) когнитивной (признаки деменции; нарушения внимания, памяти и мышления);
- 2) эмоциональной (депрессивные и тревожные расстройства, астенический синдром);
- 3) социально-психологической (признаки социально-психологической дезадаптации);
- 4) личностной (личностные характеристики, невротические нарушения);
- 5) ценностно-мотивационной (ценностная сфера);
- 6) психосоматической (психосоматические расстройства);
- 7) качества жизни (влияние болезни на качество жизни).

Выделение данных сфер обусловлено тем фактом, что в пожилом возрасте наиболее распространенные непсихотические психические расстройства отражаются именно в этих сферах.

Таблица 2

Методики, рекомендуемые для диагностики психических расстройств у лиц пожилого возраста

Название методики	Предмет исследования	Кол-во вопросов	Время тестирования	Показатели шкал	Автор(ы) методики; автор(ы) адаптации
Тест «Мини-Ког» (Mini-Cog)	Когнитивные функции (деменции)	3 задания	3 мин.	Метод включает в себя оценку кратковременной памяти (запоминание и воспроизведение 3-х слов) и зрительно-пространственной координации (тест «рисование часов»). Если пациент не назвал три слова, либо назвал только 1–2 слова, допустил ошибки в тесте «рисование часов», то предполагают деменцию. Если часы и стрелки нарисованы правильно – деменции нет	J. Scanlan, S. Borson (2001)
Тест «Рисование часов»	Деменция	Задание	15–20 мин.	Ошибки оцениваются количественно по 10-балльной шкале; результат менее 10 баллов свидетельствует о наличии когнитивных расстройств	S. Lovestone, S. Gauthier (2001)
Счётные таблицы Крепелина	Определение умственной работоспособности и выявление утомляемости	–	5–10 мин.	Отмечая, сколько правильных сложений выполнил испытуемый и сколько допустил ошибок за каждые 20 секунд, можно построить график работоспособности	E. Kraepelin (1895)

Минимальная шкала оценки психического состояния (Minimal state examination, MMSE)	Когнитивные функции (деменции)	6 заданий	7–8 мин.	При значениях 28–30 баллов – нет нарушений когнитивных функций; 24–27 баллов – преддементные когнитивные нарушения; 20–23 балла – деменция легкой степени выраженности; 11–19 баллов – деменция умеренной степени выраженности; 0–10 баллов – тяжелая деменция	M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. McHugh (1975)
Шкала общего ухудшения когнитивных функций (Global deterioration scale, GDS)	Когнитивные функции (деменции)	7 пунктов	5–7 мин.	Эта семизначная шкала оценки степени тяжести деменции – от отсутствия изменений (0) до максимально тяжелой стадии (7) через промежуточные стадии нарастания тяжести расстройств. Критериями установления деменции служат 4 балла и более	B. Reisberg, S.H.Fertis, de M.J. Leon et al. (1982)
Шкала тяжести деменции (CDR)	Определение тяжести деменции	Оценка признаков (проводится врачом)	5–10 мин.	Таблица, в которой представлено описание нарушений функций (памяти, ориентировки, суждений и логических конструкций, социальных взаимодействий, повседневной активности, самообслуживания) при различных стадиях деменций (CDR-0; CDR-0,5; CDR-1; CDR-2; CDR-3)	J.C. Morris (1993)

Модифицированная оценка ишемии (MIS)	Определение степени ишемии	Оценка признаков (проводится врачом)	2–3 мин.	Проводится оценка 8 признаков. Значения 4 баллов и выше – наличие ишемии	V.C. Hachinski (1975)
Таблицы Шульце	Определение устойчивости внимания и динамики работоспособности	5 таблиц	5–10 мин.	Таблицы, в которых расположены в случайном порядке цифры от 1 до 25. Задание испытуемому: показать и назвать в заданной последовательности (возрастающей от 1 до 25 или убывающей от 25 до 1) все цифры. Норма времени на одну таблицу – 40–50 секунд. Определяются показатели: 1) превышение нормативного времени, затраченного на указание и называние ряда цифр в таблицах; 2) изменение временных показателей по всем таблицам в процессе обследования	Walter Schulte (1967)
Коррекционная проба Бурдона	Концентрация, устойчивость, переключаемость внимания	-	5-10 мин.	Результаты оцениваются по количеству пропущенных не зачеркнутых знаков, по времени выполнения или по количеству пропущенных знаков. Характеристика качества и темпа выполнения выражается числом проработанных строк и количеством допущенных ошибок за каждый 60-секундный интервал работы. Оцениваются:	Б. Бурдон (1895)

Методика «Быстрота мышления»	Быстрота мышления и подвижность нервных процессов	38 слов	3 мин.	Показателем быстроты мышления и одновременно показателем подвижности нервных процессов выступает количество составленных слов: менее 20 слов – низкая быстрота мышления и подвижность нервных процессов; 21–30 слов – средняя быстрота мышления и подвижность нервных процессов; 31 слово и более – высокая быстрота мышления и подвижность нервных процессов	Т.А. Ратанова, Н.Ф. Шляха (2000)
Шкала памяти Векслера (Wechsler Memory Scale, WMS)	Механическая, смысловая и ассоциативная память	7 субтестов	20–30 мин.	Дает возможность сопоставить слуховую и зрительную, кратковременную и долговременную память. Вычисляются абсолютные показатели и с поправкой на возраст – корригированный показатель памяти	D. Wechsler, адаптирован А.Ю. Панасюк (1972)

Эмоциональная сфера					
Шкала самооценки депрессии (В. Цунга) (в адаптации Т.И. Балашовой)	Депрессия	20	20–30 мин.	Определяется уровень депрессии (УД): УД не более 50 баллов – состояние без депрессии; УД 50–59 баллов – легкая депрессия; УД 60–69 – субдепрессивное состояние или маскированная депрессия; УД более 70 баллов – истинное депрессивное состояние	W.K. Zung, (1965)
Опросник депрессивных состояний (ОДС-2)	Депрессия	97 вопр. (мужск.) и из 93 (женск.)	30–40 мин.	По шкале «депрессия-норма» при значениях 70 баллов и выше – имеется депрессия; по шкале «эндогенная – невротическая депрессия» при значениях меньше 40 баллов – невротическая депрессия; от 40 до 60 баллов – область диагностической неопределённости; выше 60 баллов – большая депрессия	И.Г. Бес-палько (2004)
Шкала депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression)	Депрессия	17 (до 24)	20–25 мин.	Степень тяжести депрессии: 0–7 – норма (нет депрессии); 8–13 – легкое депрессивное расстройство; 14–18 – депрессивное расстройство средней степени тяжести; 19–22 – депрессивное расстройство тяжелой степени; более 23 – депрессивное расстройство крайне тяжелой степени тяжести	M. Hamilton (1960)

Скрининговый опросник для выявления расстройств аффективного спектра (американское руководство PRIME-MD)	Депрессивные и тревожные расстройства (используется в общесоциальной сети)	7	5–7 мин.	О наличии депрессивных и тревожных расстройств свидетельствуют результаты анкеты: положительные ответы не менее чем на три любых вопроса; положительные ответы на 4 и 5 вопрос одновременно; положительно или в любой комбинации); положительные ответы на 7 вопрос (изолированно или в любой комбинации)	R. L. Spitzer, K. Kroenke, J. B. W. Williams (1999)
Опросник раннего выявления соматизированной депрессии	Соматизированная депрессия	39	15–20 мин.	Наличие астении, депрессии или ипохондрии констатируется при результатах 7 и более баллов по каждой шкале	С.Г. Сукиасян, А.М. Минаян (1994)
Шкала депрессии CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression scale)	Депрессия	20	10–20 мин.	Суммарное количество баллов: 0–17 баллов – норма; 18–26 баллов – легкая депрессия; 27–30 баллов – депрессия средней тяжести; 31 балл и выше – тяжелая депрессия	L. S. Radloff (1977)

Продолжение таблицы 2

Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory)	Депрессия	21	15–20 мин.	Суммарный балл: 0–9 – отсутствие симптомов депрессии; 10–15 – легкая депрессия (субдепрессия); 16–19 – умеренная; 20–29 – выраженная депрессия (средней тяжести); 30–63 – тяжелая депрессия. Субшкалы: когнитивно-аффективная субшкала (С-А); субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)	А.Т. Beck, C. Ward, M. Mendelson (1961)
Шкала тревоги Бека (Beck Anxiety Inventory)	Тревога	21	15–20 мин.	Суммарный балл: до 21 балла – незначительный уровень тревоги; от 22 до 35 баллов – средний уровень; выше 36 баллов – очень высокая тревога	А.Т. Beck, N. Epstein, G. Brown, R.A. Steer (1988)
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)	Тревога, депрессия	14 (по 7)	7–15 мин.	Суммарный показатель по каждой подшкале: 0–7 – «Норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8–10 – «субклинически выраженная тревога/депрессия»; 11 и > – «клинически выраженная тревога/депрессия»	А.С. Zigmond, R.P. Snaith (1983)
Шкала тревожности Spielberger-Ханина	Тревога	40 (по 20)	15–20 мин.	Показатель реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ): до 30 баллов – низкая, 31–44 балла – умеренная; 45 и более – высокая	С.Д. Spielberger, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene (1970)

Интегративный тест тревожности (ИТТ)	Тревога	30 (по 15)	15–20 мин.	Показатели ситуативной и личностной тревожности. Субшкалы: «эмоциональный дискомфорт»; «астенический компонент тревожности»; «фобический компонент тревожности»; «тревожной оценки персективы»; «социальные реакции защиты». Значения: 1–3 балла – низкий уровень тревоги, 4–6 баллов – норма, 7–9 баллов – высокий уровень тревожности	А.П. Бизюк, Л.И. Вас-серман, Б.В. Иовлев (2005)
Метод цветowych выборов М. Люшера	Эмоциональная сфера	8 карточек	2–3 мин.	Позволяет измерить психофизиологическое состояние человека, его стрессоустойчивость, активность и коммуникативные способности	М. Lüscher (2001)
Визуальная аналоговая шкала астении VAS-A (a Visual Analogue Scale measuring fatigue)	Астеническое состояние	3	2–3 мин.	Дает возможность определить три параметра астении: психическая астения, соматическая астения, нарушение социального функционирования. Шкала ранжирована от 0 (очень хорошее самочувствие) до 10 (чрезмерно истощение); более высокий балл свидетельствует о большей выраженности астении	Е.С. Huskisson (1990)

Субъективная шкала оценки астении (MFI-20)	Астеническое состояние	20	10–15 мин.	В норме общее кол-во баллов – 20–30. Показатели: общая астения, пониженная активность, снижение мотивации, физическая астения, психическая астения. Сумма баллов > 12 хотя бы по одной шкале – основание для диагноза астения	Е.М. Smets et al. (1995)
Шкала астенического состояния (ШАС)	Астеническое состояние	30	15–20 мин.	От 30 до 50 баллов – отсутствие астении, от 51 до 75 баллов – слабая астения, от 76 до 100 баллов – умеренная астения, от 101 до 120 баллов – выраженная астения	Л.Д. Малкова (2004)
Опросник невротической астении (УНА)	Астеническое состояние	38	20–25 мин.	Показатель > 60 % – значительное количество симптомов невротической астении; от 30 до 60 % – высокие показатели; от 10 до 30 % – средние; от 0 до 10 % – низкие	Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев и др. (1999)
Социально-психологическая сфера					
Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона	Одиночество	20	10–15 мин.	Высокую степень одиночества показывают от 40 до 60 баллов, от 20 до 40 баллов – средний уровень одиночества, от 0 до 20 баллов – низкий уровень одиночества	Авторы: D. Russell, L.A. Replac, M.L. Ferguson (1978)

Цветовой тест отношений А.М. Эткинда	Эмоциональный компонент отношений	8 карточек	30–40 мин.	Ответы расширяваются целостно, в их взаимной связи друг с другом. Существенное диагностическое значение имеют пересечения ассоциаций, при которых разные стимулы соотносятся с одним и тем же цветом. Важное значение имеют случаи расхождения между валентностью и нормативностью конкретной ассоциации	Автор: А.М. Эткинд (1980)
Личностная сфера					
Методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана	Уровень невротизации	40	20–30 мин.	Уровень невротизации: высокий уровень невротизации от 20 баллов и выше; средний уровень – от 10 до 19 баллов; низкий уровень – от 1 до 9 баллов	Автор: Л.И. Вассерман (1974)
Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич)	Невротические нарушения	68	30–45 мин.	Шкалы: шкала тревоги; шкала невротической депрессии; шкала астении; шкала истерического типа реагирования; шкала обсессивно-фобических нарушений; шкала вегетативных нарушений. Показатели: больше +1,28 – указывает на уровень зловья, меньше –1,28 – болезненный характер выявляемых расстройств	Авторы: К.К. Яхин, Д.М. Менделевич (1978)

Продолжение таблицы 2

Методика «Личностный дифференциал»	Самосознание и межличностные отношения	21		Подсчитываются значения О (оценки), С (силы), А (активности). Их максимальные значения могут колебаться от +21 до -21. Количественные уровни имеют следующие значения: 17–21 – высокий уровень; 8–16 – средний уровень; 7 и менее – низкий уровень	Автор: С.Е. Osgood (1952) Адаптация: НИИ им. В.М. Бехтерева (1972)
Личностный опросник Айзенка (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ)	Нейротизм, экстраверсия – интроверсия и психотизм	91	30–45 мин.	Определяются шкалы: психотизм, экстраверсия и нейротизм. Экстраверсия: более 15 – «чистый» экстраверт; от 7 до 15 – амбивалентность, неопределённость; от 0 до 6 – «чистый» интроверт. Нейротизм: более 16 – ярко выраженный нейротизм; от 8 до 16 – средний балл; от 0 до 7 – эмоциональная устойчивость. Психотизм: более 10 – работа с людьми противопоказана; от 6 до 10 – есть склонность к эмоциональной неадекватности; от 0 до 5 – отсутствует. Ложь: более 10 – недостоверный результат	Авторы: Eysenck H.J., Eysenck S.B.G. Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. London: Hodder and Stoughton, 1975. Адаптация: А.Г. Шмелёва

Опросник «Индекс жизненного стиля» (LSI – Life Style Index) Р. Плутчика, Г. Келлермана, Х. Конте	Психологические защиты	97	30–45 мин.	Определяется выраженность восьми защитных механизмов: отрицание; вытеснение; регрессия; компенсация; проекция; замещение; интеллектуализация; реактивные образования	Авторы: R. Plutchik, H. Kellerman, H.R. Conte (1979) Адаптация: НИИ им. В.М. Бехтерева Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова и др. (2005)
Самоактуализационный тест (САТ)	Самоактуализация личности	126	50–60 мин.	Самоактуализирующаяся личность – 55–70 Т-баллов; 45–55 Т-баллов психическая норма; 40–45 Т-баллов и ниже характерны для больных неврозами. Базовые шкалы: шкала компетентности во времени (Тс); шкала поддержки (I). Дополнительные шкалы: шкала ценностных ориентации (SAV); шкала гибкости поведения (Ех); шкала сензитивности к себе (Fr); шкала спонтанности (S); шкала самоуважения (Sg); шкала самопринятия (Sa); шкала пред-	Автор: E. Shostrom (1964). Адаптация: МГУ Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская (1987)

					ставлений о природе человека (Nc); шкала синергии (Sy); шкала принятия агрессии (A); шкала контактности (C); шкала познавательных потребностей (Cог); шкала креативности (Ст)	
Ценностно-мотивационная сфера						
Методика «Уровень субъективного контроля» Дж. Роттера	Уровень субъективного контроля над жизненными ситуациями	44	20–30 мин.	Определяется 7 шкал: шкала общей интернальности (Ию), макс. – 44 баллов; шкала интернальности в области достижений (Ид), макс. – 12 баллов; шкала интернальности в области неудач (Ин), макс. – 12 баллов; шкала интернальности в семейных отношениях (Ис), макс. – 10 баллов; шкала интернальности в области производственных отношений (Ип), макс. – 8 баллов; шкала интернальности в области межличностных отношений (Им), макс. – 4 балла; шкала интернальности в отношении здоровья и болезни (Из), макс. – 4 балла	Авторы: J.V. Rotter (1954) Адаптация: Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд (1984)	
Методика «Ценностные ориентации» М. Рокича	Жизненные ценности	Список А и Б по 18	10–15 мин.	Доминирующая направленность ценностных ориентаций человека фиксируется как занимаемая им жизненная позиция, которая определяется по критериям уровня вовлеченности в сферу труда, в семейно-бытовую и досуговую активность. Качествен-	Автор: M. Rokeach (1973) Адаптация: А. Гоштаутас,	

Тест смысловых ориентаций (СЖО) (Purpose-in-Life Test, PIL)	Смысловые ориентации личности	20	15–20 мин.	<p>Автор: А.А. Семенов, В.А. Ядов (ИСЭП АН СССР)</p> <p>Определяется общий показатель смысловых ориентаций и субшкалы: 1) цели в жизни; 2) процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни; 3) результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией; 4) локус контроля – Я (Я – хозяин жизни); 5) локус контроля – жизнь или управляемость жизни</p>	<p>Авторы: А.А. Кро-ник, Е.И. Головаха (2008)</p>
Метод самооценки пятилетних интервалов жизни	Субъективная модель жизненного пути	-	10–15 мин.	<p>Оцениваются представления личности о своей жизни и применяется для измерения показателей самооценки и самосознания личности. Полученный психологический возраст человека сопоставляется с его календарным возрастом</p>	<p>Авторы: А.А. Кро-ник, Е.И. Головаха (2008)</p>
Методика «Самоценка возраста»	Психологический возраст	10	10–15 мин.	<p>Оценивается психологический возраст: 1) менее паспортного, 2) равный паспортному, 3) выше паспортного</p>	<p>Авторы: А.А. Кро-ник, Е.И. Головаха (1983)</p>

Методика «Семантический дифференциал времени»	Особенности субъективного восприятия времени	3 бланка СДВ	20–30 мин.	Оценивается 5 факторов: 1) активность времени (АВ); 2) эмоциональная окраска времени (ЭВ); 3) величина времени (ВВ); 4) структура времени (СВ); 5) окупаемость времени (ОВ)	Авторы: Л.И. Вассерман, О.Н. Кузнецов, В.А. Ташлыков и др. (2005)
Психосоматическая сфера					
Гиссенский личностный опросник (Giesener Beschwerdebogen, GBB)	Субъективная картина физических страданий	3 варианта одна и тех же 40 биполярных утверждений («Я», «Он», «Она»)	10–15 мин.	Определяются две оценочные шкалы М (количество утверждений с оценкой 0) и Е (количество крайних оценок); 6 основных шкал, имеющих два полюса: шкала социального одобрения; шкала доминантности; шкала контроля; шкала настроения; шкала открытости замкнутости; шкала социальных способностей	Авторы: Е. Brähler, J. W. Scheer (1983) Адаптация: НИИ им. В.М. Бехтерева Е.А. Голынкина, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская и др. (1993)

SCL – 90 (Symptom Check List– 90–Revised – SCL–90–R)	Глубина психических нарушений и динамика психотерапевтического воздействия	90		Для оценки глубины психических нарушений, изучения психического состояния и терапевтической динамики больных соматизированными расстройствами, расстройствами пищевого поведения, алкоголизмом и другими формами зависимости. Шкалы опросника: соматизации, межличностной сензитивности, обсессивно-компульсивных расстройств, депрессии, тревожности, враждебности, фобической тревожности, паранойяльной симптоматики и психотизма. Содержит два индекса, отражающих степень выраженности симптоматики (GSI) и наличие симптоматического дистресса (PSDI)	Авторы: L.R.Derogatis, R.S. Lipman, L. Covi (1973) Адаптация: Институт психологии РАН Н.В. Тара- брина (2001)
Краткая форма оценки здоровья (The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey) (SF-36)	Субъективная оценка здоровья	36	20–25 мин.	Оценивает параметры качества жизни по 8 шкалам: 1) ФА – физическая активность; 2) РФ роль физического фактора; 3) Б – боль; 4) ОЗ – общее здоровье; 5) ЖС – жизненная сила; 6) СА – социальная активность; 7) РЭ – роль эмоционального фактора; 8) ПЗ – психическое здоровье	Автор: J.E. Ware (1988)

Качество жизни					
Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (The World Health Organization Quality Of Life, WHOQOL)	Качество жизни	26 – краткая форма, 100 – полная	Краткая – 15–20 мин.; полная – 30–45 мин.	Краткая форма рассматривает 4 сферы: 1) физическое здоровье; 2) психологическое здоровье; 3) социальные отношения; 4) окружающая среда. Полная форма 6 сфер: 1) физическая сфера; 2) психическая сфера; 3) уровень независимости; 4) социальные отношения; 5) окружающая среда; 6) духовная сфера	Создан в 1991 году. World Health Organization (1993). WHOQoL Study Protocol. WHO (MNH7PSF/93.9).
Опросник по общему самочувствию и эмоциональному благополучию (The 12-item Well-Being Questionnaire, WB-Q12).	Общее самочувствие и эмоциональное благополучие	12	3–5 мин.	Оцениваются шкалы: 1) позитивное благополучие; 2) энергия; 3) негативное благополучие	Автор: C. Bradley (1994)

Шкала благополучия (WHO-WBI-5)	Эмоциональное состояние	5	2–3 мин.	Результат представлен рядом от 0 – худшая возможность до 25 – наилучшее состояние. Чтобы получить процентное выражение от 0 до 100, необходимо умножить полученную сумму на 4	Автор: Р. Бекк (2001)
Шкала субъективного благополучия	Собственное эмоциональное состояние	17	3–5 мин.	Выделяют шесть кластеров: 1) напряженность и чувствительность; 2) признаки, сопровождающие основную психиатрическую симптоматику; 3) изменения настроения; 4) значимость социального окружения; 5) самооценка здоровья; 6) степень удовлетворенности повседневной деятельностью	Адаптация: М.В. Соколова (1996) Авторы: Perugent-Badox, Mendelsohn, Chiche (1988)

Подбор методик сделан нами, исходя из реальных возможностей для лиц пожилого возраста: он был произведен в связи со снижением скорости восприятия и анализа получаемой информации, повышенной истощаемости внимания у пожилых (табл. 3).

Таблица 3

Рекомендации по проведению психодиагностического обследования у пожилых

Подходы	Рекомендации	Основания
Технические	Увеличенные размеры бланков и анкет	Пресбиопия
Методические	<ul style="list-style-type: none"> – Методики с меньшим временем проведения – Задания, которые просты для восприятия – Задания, требующие выбор предложенных вариантов – Задания, отличающиеся по форме в разных чередующихся методиках – При использовании объёмного обследования необходимо разделение на 2 дня – Короткий отдых между методиками 	<ul style="list-style-type: none"> – Выбор опросников с небольшим количеством вопросов и заданий (экспресс методики, скрининговые методики) – Ограниченное время приёма
	Планировать несколько больше времени на обследование с учётом более медленной скорости восприятия и анализа информации, вопросов и заполнения бланков	Снижение скорости восприятия и анализа получаемой информации

4.3. Диагностика когнитивных расстройств

К когнитивным функциям относятся наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним. К ним относятся: восприятие информации – обобщение и внимание; обработка и анализ информации, вынесение умозаключений.

чений, принятие решения – мышление; запоминание и хранение информации – память; обмен информацией – речь.

При наличии нарушений одной или нескольких из этих функций используют термин «когнитивные расстройства». Эти нарушения возникают вследствие различных заболеваний головного мозга и влияют на эффективность обучения, профессиональной, бытовой и социальной деятельности.

Память – одна из основных высших мозговых функций. Именно снижение памяти и забывчивость, в первую очередь, беспокоит пожилого человека. В начале заболевания нарушается кратковременная память на последние, только что произошедшие события жизни, также могут появляться неуверенность, страх, снижение настроения, изменения поведения. Снижение памяти проявляется в мелочах, таких как пропущенные встречи, потерянные предметы, когда человек забывает, зачем пришел в комнату. Многие из этих симптомов, к сожалению, являются неспецифическими, и только специальная диагностика может распознать, являются ли данные жалобы проявлениями того или иного заболевания головного мозга, и при необходимости назначить соответствующее лечение.

Нарушением внимания являются болезненные расстройства, наблюдающиеся при утомлении и при органических поражениях головного мозга, характеризующиеся неадекватными изменениями направленности, избирательности деятельности и координации отдельных действий, сужением объема и неустойчивости внимания.

Выявление и анализ клинических особенностей нарушений когнитивных функций имеет большое значение для диагностики. Наиболее объективное впечатление о состоянии когнитивных способностей пациента формируется при сопоставлении информации, полученной из различных источников. Важную роль играет также динамическое наблюдение за пациентом, которое позволяет провести дифференциальный диагноз между преходящими когнитивными трудностями, чаще функционального характера, и стационарными или прогрессирующими расстройствами, связанными с органическим поражением головного мозга (Захаров В.В., 2011).

Если заболевание вовремя не распознается и адекватное лечение не назначено, потеря познавательных функций постепенно прогрес-

сирует, приводя, в конечном итоге, к развитию деменции. В этом случае нарушения когнитивных функций выражены настолько, что приводят к затруднениям в обычной для больного бытовой, профессиональной и социальной деятельности. На этапе деменции пациент полностью или частично утрачивает свою независимость и самостоятельность, а при умеренной и тяжёлой деменции нередко нуждается в постороннем уходе. Очень важно отметить, что деменция является результатом длительного, нередко многолетнего, прогрессирования различных заболеваний головного мозга, таких как болезнь Альцгеймера, церебральный атеросклероз. При этом, чем раньше проведена диагностика и начато адекватное лечение, тем больших результатов можно добиться.

Когнитивными расстройствами различной степени выраженности страдают до 25 % лиц пожилого и старческого возраста.

В основе когнитивных нарушений могут лежать как естественные возрастные изменения, так и различные заболевания головного мозга (депрессии, терапевтические, инфекционные и воспалительные заболевания, черепно-мозговая травма, нарушения обмена веществ и др.).

Несмотря на высокую распространенность мнестико-интеллектуальных нарушений у лиц старших возрастных групп, отмечается их поздняя диагностика среди врачей первичной медицинской сети, потому что когнитивные нарушения в пожилом возрасте чаще оцениваются как вариант возрастной нормы, что определяется как одна из предпосылок низкой выявляемости этих нарушений.

Существует несколько серьезных проблем, связанных с несвоевременной диагностикой когнитивных расстройств. В первую очередь, наблюдается недостаточная информированность населения. Пациенты и их родственники могут долго не обращаться к врачу, вплоть до этапа развития крайне тяжелых нарушений, когда полностью утрачиваются навыки самообслуживания. Психодиагностика нарушений памяти и внимания должна быть проведена как можно раньше.

Во-вторых, это ошибочное мнение пациентов о неэффективности терапии нарушений памяти. Клиническая практика показывает, что на современном этапе развития медицины и фармакологии терапия когнитивных нарушений, особенно на ранних этапах развития

заболевания, имеет существенные шансы на успех.

Именно поэтому в настоящее время необходимо проведение диагностики памяти и внимания пожилых людей для профилактики и лечения деменции и обнаружения проявления симптомов этого заболевания.

Психодиагностика на ранних этапах деменции крайне необходима для эффективной коррекции.

Для исследования когнитивных функций у пожилых пациентов наиболее часто используют методики: шкала общего клинического впечатления (CGI), мини-тест для оценки когнитивного статуса (MMSE), тест «Вербальные ассоциации», шкала лобной дисфункции, тест рисования часов, Бостонский тест называния, тест деменции Маттиса, тест запоминания 10 слов (Михайлова Н.М., Селезнева Н.Д., Калын Я.Б. и др., 2013), Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA-тест), запоминание и пересказ короткого текста (например, «Галка и голуби» по методу А.Р. Лурия).

Психологическое тестирование в настоящее время является единственным научным методом оценки интеллекта, и при четком понимании всех ограничений имеющихся тестов они могут быть использованы для обследования и динамического наблюдения больных с интеллектуальными расстройствами.

Существует множество заболеваний, в результате которых у пожилых людей могут возникнуть различные нарушения интеллекта (болезнь Альцгеймера, заболевание Пика, синдром Стила–Ричардсона–Ольшевского, болезнь Паркинсона и др.). Своевременная диагностика когнитивных нарушений помогает предупредить развитие этих заболеваний и принять необходимые меры для предотвращения прогрессирования болезни.

В то же время использование известных психометрических шкал оказывается достаточно трудоемким и недостаточно объективным хотя бы в силу того, что многие пациенты, в особенности пожилые и старые, испытывают определенную растерянность при работе с психологом, а тем более психиатром, а проведение самих исследований требует значительных затрат времени и привлечения клинических психологов, которые не всегда присутствуют в штате медицинских учреждений.

Ранее нами были разработаны рекомендации по диагностике нарушений когнитивной сферы пациентов пожилого возраста (Соловьев А.Г., Новикова И.А., Местечко В.В., 2015). Для этих целей были обследованы 83 пациента в возрасте старше 60 лет ($66,0 \pm 5,6$ лет), проходящих лечение в Архангельском областном психоневрологическом диспансере.

На рисунке 2 представлен алгоритм диагностики когнитивных нарушений у лиц пожилого возраста. Обследование пациентов с когнитивными нарушениями должно начинаться со сбора жалоб.

Жалобы на снижение памяти или уменьшение умственной работоспособности являются основанием для проведения психологического обследования. Такие жалобы могут исходить как от самого пациента, так и от его родственников или ближайшего окружения. Последнее является более надёжным диагностическим признаком, так как самооценка пациентом состояния своих когнитивных функций не всегда объективна (Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., 2006). Самой частой причиной субъективных жалоб на снижение памяти при отсутствии объективного подтверждения являются эмоциональные расстройства в виде повышенной тревожности или снижения фона настроения.

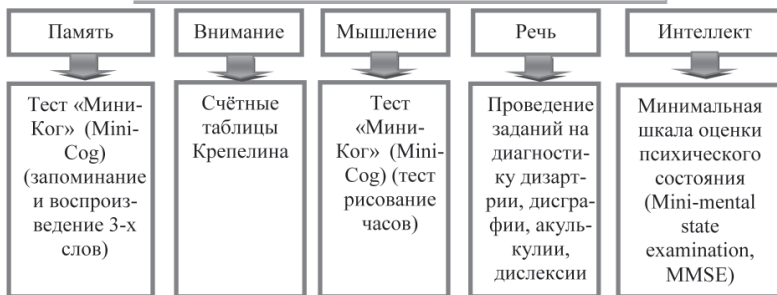
При работе с пациентами пожилого возраста необходимо иметь определенную настороженность в отношении когнитивных нарушений. Исследование когнитивных функций необходимо в следующих случаях: если пациент активно предъявляет жалобы на снижение памяти или трудности концентрации внимания; родственники отмечают у него в последнее время снижение когнитивной функции; пациент не может самостоятельно и полно рассказать свой анамнез или правильно выполнять рекомендации врача.

Для исследования когнитивных функций можно использовать психодиагностические методы. В качестве простейшей скрининг-диагностики может быть рекомендована методика Mini-Cog (Локшина А.Б., 2013). Главное преимущество ее заключается в высокой информативности при одновременной простоте и быстроте, что очень важно для врачей общесоматической сети. Чувствительность теста составляет 99 %, специфичность – 93 %. Выполнение теста пациентом занимает около 3 мин., а интерпретация результатов

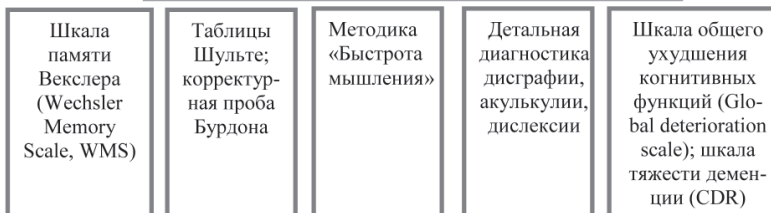
1 этап – клинико-психологический

- жалобы на снижение памяти или уменьшение умственной работоспособности от пациента и/или его родственников и ближайшего окружения;
- свидетельства снижения когнитивных способностей по сравнению с индивидуальной нормой, полученные от пациента и/или его ближайшего окружения;
- наличие когнитивных нарушений, которые ограничивают обычную повседневную деятельность пациента (работа, хобби, социальные связи, быт, самообслуживание)

2 этап – экспресс-психодиагностический



3 этап – клинико-психодиагностический



4 этап – инструментально-диагностический

- исследования неврологического статуса;
- проведение компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга;
- ультразвуковая доплерография сосудов головы и шеи;
- консультация психиатра

Рис. 2. Алгоритм диагностики когнитивных нарушений у лиц пожилого возраста

крайне проста. Методика Mini-Cog может использоваться для диагностики как сосудистых, так и первичных дегенеративных когнитивных нарушений, так как включает пробы на память и «лобные» функции (тест «рисования часов»). Тест достаточно легко может использоваться у лиц с нарушениями речи, языковым барьером.

Для диагностики нарушений речи может проводиться оценка наличия дизартрии (нарушение произношения вследствие расстройств иннервации речевого аппарата, возникающее в результате поражения нервной системы, речь смазанная, глухая, часто с носовым оттенком («говорит, как с кашей во рту»), дисграфии (нарушенное письмо диагностируется по заданию: написать свои имя, отчество, фамилию), акулькулии (нарушение счета – может оцениваться по заданию: назвать числа и провести счетные операции), дислексии (нарушение чтения – исследуется путем чтения букв, слов, коротких рассказов).

При наличии объективного подтверждения когнитивных нарушений следует постараться установить их причину и определить клинический диагноз. Нужно иметь в виду, что когнитивные расстройства не всегда являются проявлением первичного заболевания головного мозга. Деменция или менее тяжёлые нарушения могут возникать в результате системных дисметаболических расстройств, которые, в свою очередь, являются осложнением различных эндокринных или соматических заболеваний. Чаще всего когнитивные расстройства дисметаболической природы связаны с гипотиреозом, заболеваниями печени или почек, дефицитом витамина В12 или фолиевой кислоты. В связи с этим выявление деменции или менее тяжёлых когнитивных нарушений требует всесторонней оценки состояния здоровья пациента и лечения сопутствующих соматических и эндокринных заболеваний (Vlass J.B., 1980; Захаров В.В., Яхно Н.Н., 2003).

Наличие когнитивных нарушений требует исследования неврологического статуса и проведение компьютерной или магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга.

Нозологический диагноз базируется на особенностях когнитивных расстройств, характере сопутствующей очаговой неврологической симптоматики и данных нейровизуализации. Преобладание в клинической картине нарушений памяти, отсутствие очаговой неврологической симптоматики и атрофия гиппокампа на МРТ свойственны для болезни Альцгеймера. Относительная сохранность

памяти на события жизни, выраженная неврологическая симптоматика и инфаркты мозга на МРТ свидетельствуют о сосудистой причине когнитивных нарушений.

Сочетание приведенных выше клинических признаков может указывать на смешанные (сосудисто-дегенеративные) когнитивные расстройства. Более редкие причины когнитивных расстройств имеют специфические психодиагностические и неврологические особенности, которые в большинстве случаев позволяют правильно поставить диагноз (Захаров В.В., Локшина А.Б., 2004).

Для количественной оценки интеллекта имеются различные тесты. Наибольшее распространение получили: Векслеровская шкала интеллекта для взрослых (позволяет определить IQ для вербальных и невербальных навыков), Денверский тест и др. (Райгородский Д.Я., 2001). Нужно иметь в виду, что при некоторых психических заболеваниях (особенно при депрессии) может наблюдаться заниженная величина IQ. В то же время тестирование является единственным методом оценки интеллекта, и при четком понимании всех ограничений имеющихся тестов они могут быть использованы для обследования и динамического наблюдения больных с интеллектуальными расстройствами.

В ходе проведения диагностики важно определить и степень когнитивных нарушений. Так, по классификации Н.Н. Яхно (2006, 2010), можно выделить легкие, умеренные и тяжелые когнитивные расстройства (табл. 4).

Легкие когнитивные расстройства – это субъективное и/или объективное снижение когнитивных функций различного характера, обусловленное возрастными или патологическими изменениями головного мозга, значимо не влияющее на бытовую, профессиональную и социальную деятельность, в том числе наиболее сложные ее виды. При данных расстройствах страдают такие характеристики когнитивных процессов, как скорость обработки информации, способность быстро переключаться с одного вида деятельности на другой, оперативная память.

**Диагностические критерии когнитивных расстройств
(по Н.Н. Яхно и соавт., 2010)**

Виды когнитивных расстройств	Диагностические критерии
Легкие	<ul style="list-style-type: none"> – жалобы на снижение памяти или умственной работоспособности; – когнитивные нарушения, выявленные при клиническом и психологическом исследовании; – отсутствие когнитивных нарушений по результатам скрининговых шкал деменции – по краткой шкале оценки психического статуса (Mini Mental State Examination, MMSE) не менее 28 баллов; – отсутствие нарушений повседневной деятельности
Умеренные	<ul style="list-style-type: none"> – когнитивные нарушения, по словам пациента и/или его ближайшего окружения; – свидетельства снижения когнитивных способностей по сравнению с индивидуальной нормой, полученные от пациента и/или его ближайшего окружения; – объективные свидетельства нарушений памяти и/или других когнитивных функций, полученные при помощи тестов; – отсутствие нарушений привычных для пациента форм повседневной активности (могут отмечаться нарушения сложных видов деятельности)
Тяжелые	<ul style="list-style-type: none"> – когнитивные нарушения, которые ограничивают обычную повседневную деятельность пациента (работа, хобби, социальные связи, быт, самообслуживание); – наличие когнитивных нарушений по результатам скрининговых шкал деменции – результат оценки по краткой шкале оценки психического статуса (Mini Mental State Examination, MMSE) менее 20 баллов

На этой стадии когнитивные расстройства значительно не затрудняют профессиональную и социальную активность, но их можно

выявить, опираясь на субъективную оценку пациента и путем проведения детального психологического исследования.

Термин «умеренные когнитивные расстройства» был предложен для описания преддементных стадий болезни Альцгеймера. Этот термин используется для описания когнитивных нарушений различной этиологии, явно выходящих за рамки возрастной нормы, но не достигающих выраженности деменции. Умеренные когнитивные расстройства – это снижение в одной или нескольких когнитивных сферах в результате органического заболевания головного мозга, не приводящее к утрате независимости и самостоятельности в повседневной жизни, но затрудняющее сложные и необычные для пациента виды деятельности (DiCarlo A., Baldereschi M., Amaducci L. et al., 2000; Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., 2006).

В настоящее время для диагностики умеренных когнитивных расстройств наиболее часто используются модифицированные диагностические критерии (Petersen R.S., Touchon J., 2005).

Наиболее распространенным видом тяжелых когнитивных нарушений является деменция. Деменция – это приобретенное стойкое нарушение когнитивных функций в результате органического заболевания головного мозга различной этиологии, проявляющееся расстройствами в двух и более когнитивных сферах (память, внимание, речь и др.) при нормальном сознании и уровне бодрствования, приводящее к нарушению бытовой и/или социальной и профессиональной адаптации пациента (Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. и др., 2010). На этапе деменции пациент полностью или частично утрачивает свою независимость и самостоятельность, нередко нуждается в постороннем уходе.

4.4. Диагностика эмоциональных расстройств

Общие изменения в эмоциональной сфере пожилого человека характеризуются следующими признаками: изменение динамичности эмоциональных состояний, выражающееся либо в инертности, либо в лабильности эмоций; возрастание роли и места, занимаемого отрицательными эмоциями; высокая устойчивость высших эмоций, в том числе эмоций, связанных с индивидуальным творчеством. В по-

жилом возрасте значительно уменьшается контроль за проявлением эмоций; нередко наблюдаются эмоциональная черствость, снижение эмпатийности. К частным признакам эмоциональной сферы у пожилых людей относят устойчивое преобладание той или иной модальности переживаний: тревоги, грусти, раздраженного недовольства.

Для периода поздней зрелости характерны специфические изменения в эмоциональной сфере, часто в виде неконтролируемого усиления аффективных реакций со склонностью к беспричинной грусти, тоске, слезливости. Эмоциональный настрой, наличие повышенной тревожности, ощущение одиночества – важные показатели психологического самочувствия пожилого человека.

Особенности эмоциональной сферы лиц пожилого возраста обусловлены изменением их социальной роли в обществе в связи с уходом на пенсию и необходимостью адаптации к новым условиям жизни. Эмоциональные реакции в связи с выходом на пенсию бывают разные. У одних негативные эмоциональные переживания, а у других – позитивные (возможность свободно распоряжаться своим временем и посвятить себя интересным делам). Люди, не желавшие выходить на пенсию, первое время могут чувствовать неудовлетворение, утрату и раздражение.

Особенности эмоциональных переживаний у пожилых часто определяются выбираемой ими стратегии приспособления к новой жизни – сохранение социальных связей с обществом или замкнутость в рамках своей семьи и самого себя. Это может обусловлено оценкой пожилым человеком своего прожитого жизненного пути. В случае если пенсионер убежден, что жизнь его состоялась, то он позитивно смотрит в будущее, но если нет – возникают отрицательные эмоциональные переживания (отчаяние и страх).

Изменения эмоциональной сферы у пожилых связаны как с физическим, так и психическим состоянием человека. Неспособность пожилого человека что-либо сделать для других вызывает у него чувство зависти и вины, которое впоследствии сменяется равнодушием к окружающим, безучастным отношением к своему настоящему и будущему, к снижению эмоционального контроля, обидчивости. Безразличие часто расценивается как способ защиты от сильных переживаний. Возникающая депрессия, проявляющаяся

в ослаблении эмоционального тонуса, замедлении эмоциональной живости, отставленности аффективных реакций, обедненности мимики, связана с тем, что, не видя ничего хорошего в будущем, пожилые люди перестают связывать с ним свои планы и тем самым страхуют себя от возможных разочарований. Например, тенденция к необоснованному оптимизму оказывает негативное влияние на продолжительность жизни в старости.

При диагностике психической сферы пожилых необходимо иметь представление о проявлениях тревожности. Личностная тревожность определяет во многом поведение человека и его склонность воспринимать большинство ситуаций как угрожающие, если еще при этом и стратегии преодоления стрессовых ситуаций не являются конструктивными, то появляется огромная вероятность эмоциональных и невротических срывов, а также психосоматических заболеваний. Так, у пожилых пациентов, страдающих АГ, высокий уровень постоянной тревожности ухудшает результаты и затрудняет реабилитацию, снижая качество жизни больных, а при ИБС она является предиктором повторных инфарктов миокарда, внезапной коронарной смерти, ограничивает активность больных, снижает эффективность лечебных мероприятий (Украинцева Д.Н., Горшунова Н.К., 2007).

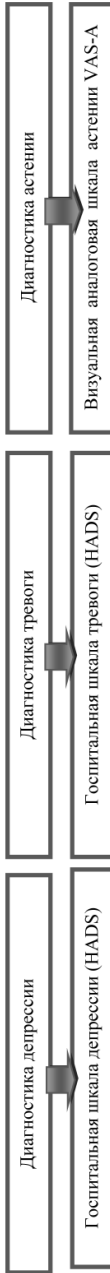
У больных пожилого возраста, страдающих остеопорозом и на его фоне имеющих переломы, отмечаются высокий уровень ситуационной тревожности, отдельные симптомы дезадаптации, проявления фрустрации и депрессии, лабильности настроения, дистресса и растеренности (Хвостова С.А., Свешников К.А., 2008). Для диагностики эмоциональных проявлений в пожилом возрасте наиболее приемлемы такие методики, как: Цветовой тест Люшера, САН, шкала тревожности Спилбергера–Ханина и др.

На рисунке 3 представлен алгоритм диагностики расстройств эмоциональной сферы у лиц пожилого возраста.

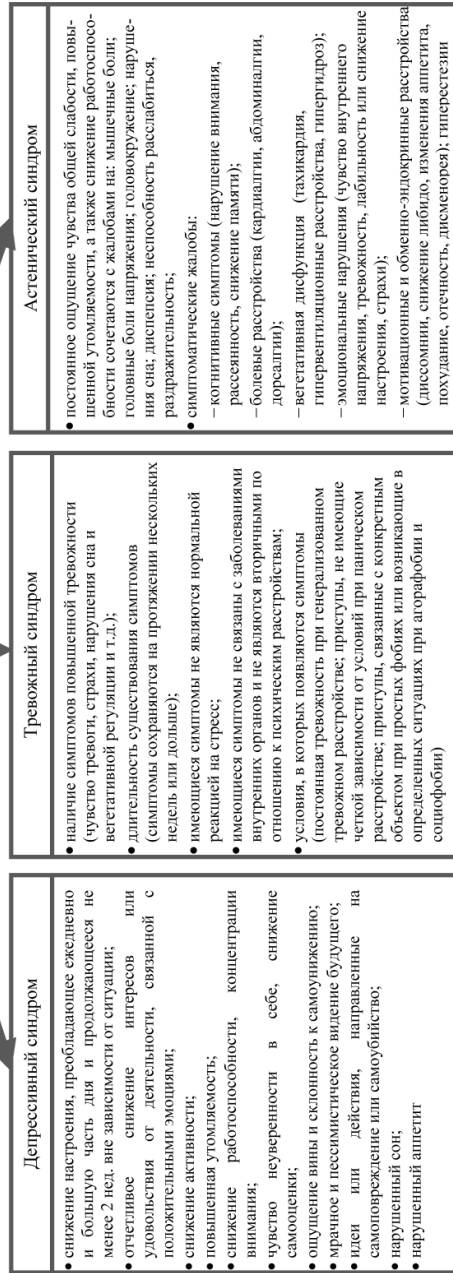
Обследование пациентов, у которых есть подозрение на наличие эмоциональных расстройств, может начинаться с заполнения пациентами скрининговых методик (Госпитальная шкала депрессии и тревоги (HADS) и визуальная аналоговая шкала астении VAS-A). При наличии признаков расстройства полученных по результатам скрининговой диагностики, на следующем этапе необходимо оце-

нить наличие признаков депрессивного, тревожного или астенического синдромов. Это выполняет врач общесоматической практики (терапевт, врач общей практики, невропатолог). Лабораторно-инструментально-диагностический этап позволяет убедиться, что выявленный синдром не является первичным проявлением соматической или неврологической патологии. По результатам обследования делается консультация психотерапевта или психиатра с целью установления диагноза эмоционального расстройства у пожилого человека. Далее на психодиагностическом этапе исследования для более детальной диагностики расстройства используются психодиагностические методики, позволяющие установить особенности проявлений депрессивного, тревожного или астенического синдромов. Данный этап позволяет врачу подобрать более адекватные психотерапевтические подходы и психофармакотерапию.

1 этап – скрининг-диагностический



2 этап – клинико-психологический



4 этап – лабораторно-инструментально-диагностический

- исследования соматического и неврологического статуса;
- ультразвуковая доплерография сосудов головы и шеи;
- проведение компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга;
- лабораторная диагностика (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (кальций и другие электролиты, глюкоза, белок, альбумин, глобулин, креатинин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, С-реактивный белок, ревматоидный фактор, гормоны щитовидной железы);
- консультация врача-терапевта (у этого специалиста – кардиолога, пульмонолога, эндокринолога и др.) или невропатолога;
- консультация психотерапевта или психиатра

5 этап – психодиагностический

Депрессивный синдром

- Шкала самооценки депрессии (В. Цунга)
- Опросник депрессивных состояний (ОДС-2)
- Опросник раннего выявления соматизированной депрессии

Тревожный синдром

- Шкала тревоги Бека (Beck Anxiety Inventory)
- Шкала тревожности Спилбергера–Ханина
- Интегративный тест тревожности (ИТТ)
- Метод цветовых выборов М. Люшера

Астенический синдром

- Шкала астенического состояния (ШАС)
- Опросник невротической астении (УНА)

Рис. 3. Алгоритм диагностики эмоциональных расстройств у лиц пожилого возраста

При диагностике эмоциональных расстройств у лиц пожилого возраста важным является определение степени их тяжести, так как в зависимости от нее определяется тактика лечебного подхода к больным.

При депрессивном расстройстве выделяют легкую, умеренную и тяжелую степень выраженности (табл. 5).

Таблица 5

**Критерии степеней выраженности депрессивных расстройств
(Жмуров В.А., 2010)**

Степень выраженности	Признаки
Легкая	<ul style="list-style-type: none"> – нерезкое угнетение настроения («безрадостное настроение»); – некоторое снижение активности и интересов (в значительной степени компенсируемые усилиями пациентов); – субъективное ощущение заторможенности умственных процессов; – ослабление интенсивности позитивных эмоций и упадок жизнерадостности и воображения, ослабление привязанности к жизни; – осознание пациентом того факта, что его настроение остается ниже того, которое соответствует обстоятельствам его жизни
Умеренная	<ul style="list-style-type: none"> – выраженная подавленность настроения; – объективно выявляемая заторможенность умственных и двигательных процессов; – значительное снижение активности и трудоспособности; – суицидные мысли, намерения и попытки; – снижение самооценки; – потеря перспективы будущего и пессимистическая оценка прошлого и настоящего; – утрата критического отношения к болезненному состоянию

Тяжелая	<ul style="list-style-type: none"> – присоединение бредовых идей (самоуничужения, виновности, обвинения и др.), галлюцинаций с созвучным депрессии содержанием; – усиление симптомов депрессии; – явления депрессивного ступора и/или меланхолического возбуждения
---------	---

В МКБ-10 различается 4 степени тяжести депрессии:

1) легкая депрессия (легкий депрессивный эпизод) – свойственны сниженное настроение, утрата интересов и способности получать удовольствие, повышенная утомляемость (достаточно 2 из этих симптомов, а также еще хотя бы 2 симптома из перечня, включающего такие признаки: а) сниженная способность концентрировать внимание, б) снижение самооценки и уверенности в себе, в) идеи виновности и самоуничужения, г) пессимистическое мировосприятие и мрачное видение будущего, д) идеи или действия по самоповреждению и суициду, е) нарушения сна и аппетита;

2) умеренная депрессия (умеренный депрессивный эпизод) характеризуется, по меньшей мере, 2 из 3 типичных симптомами легкой депрессии и, кроме того, по меньшей мере 3 (надежнее 4) других симптомов из вышеупомянутого перечня;

3) тяжелая депрессия (тяжелый депрессивный эпизод) проявляется значительно выраженным беспокойством, ажитацией или значительной психомоторной заторможенностью, могут быть выражены потеря самоуважения, чувство никчемности или чувство вины, суицидальное поведение;

4) тяжелая депрессия с психотическими симптомами (тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами) отличается наличием бреда депрессивного содержания, галлюцинаторных галлюцинаций обвиняющего, оскорбляющего содержания и неприятных обонятельных галлюцинаций, а также психомоторной заторможенности до степени депрессивного ступора.

Категория тревожных расстройств традиционно включает в себя состояния различной степени выраженности. Основным маркером тяжести тревожных расстройств является стойкость избегающего

поведения, а также число фобических ситуаций, на которые оно распространяется (Колюцкая Е.В., 2005). Анализ литературы позволил нам обобщить критерии степеней выраженности тревожных расстройств (табл. 6).

Таблица 6

Критерии степеней выраженности тревожных расстройств

Степень выраженности	Признаки
Легкая	<ul style="list-style-type: none"> – наличие тревожного расстройства (чаще изолированная форма социальной фобии, характеризующаяся 1-2 социальными ситуациями, вызывающими страх и избегание); – первичная патологическая тревога, проявляющаяся «неврологическими» знаками и симптомами; – отчетливая вегетативная симптоматика
Умеренная	<ul style="list-style-type: none"> – наличие тревожного расстройства; – выраженное ощущение тревоги, сопровождающееся вегетативными, соматическими симптомами (для панического расстройства критерий – 4 панические атаки за 4 недели наблюдения); – симптомы нарушают физическое, социальное или профессиональное функционирование пациента
Тяжелая	<ul style="list-style-type: none"> – наличие выраженного тревожного расстройства; – выраженное ощущение тревоги, сопровождающееся вегетативными, соматическими симптомами; – отчетливый страх смерти, потери контроля, сумасшествия, ощущения дереализации и деперсонализации (для панического расстройства – не менее 4 панических атак в неделю за 4 недели наблюдения); – симптомы значительно нарушают физическое, социальное или профессиональное функционирование пациента

Клиника астенического синдрома изменчива, динамична, во многом определяется текущим балансом процессов торможения и возбуждения, что рождает разнообразие клинических проявлений. Проведенный нами анализ литературы позволил определить с клинической точки зрения три степени выраженности астении (табл. 7).

Критерии степеней выраженности астенических расстройств

Степень выраженности	Признаки
Легкая	<ul style="list-style-type: none"> – повышенная утомляемость; – выраженная гиперестезия; – повышенная раздражительность, отвлекаемость внимания; – нетерпеливость и постоянное стремление к деятельности, даже в обстановке, благоприятной для отдыха; – снижение работоспособности и продуктивности труда
Умеренная	<ul style="list-style-type: none"> – постоянное ощущение общей слабости; – повышенная утомляемость (при умеренной нагрузке); – гиперестезия; – непродолжительные вспышки раздражительности, которые быстро истощаются и часто заканчиваются слезами «слезы бессилия»; – умеренное снижение работоспособности; – головные боли напряжения; – головокружение; – нарушения сна; – диспепсия
Тяжелая	<ul style="list-style-type: none"> – выраженное и постоянное ощущение общей слабости; – повышенная утомляемость (характерен «полный упадок сил»); – спонтанность, пассивность и адинамия; – истощение всех психических процессов; – выраженное снижение работоспособности; – головные боли напряжения; – головокружение; – мышечные боли; – нарушения сна (повышенная сонливость или упорная бессонница); – диспепсия; – вегетативные проявления

4.5. Диагностика социально-психологических особенностей

Изменение социально-психологического статуса в пожилом возрасте отличается сужением круга физических и социальных возможностей. Удовлетворенность жизнью и социально-психологическая дезадаптация приспособления к наступлению старости зависит, в первую очередь, от здоровья. Важную роль играют материальное положение, ориентация на другого, принятие перемен. Реакция на уход на пенсию зависит от желания оставить работу, здоровья, финансового положения, отношения коллег, а также от степени запланированности ухода. Вдовство, как правило, несет одиночество и не желаемую независимость. В то же время оно может дать человеку новые возможности для личностного роста. При этом смысл, вкладываемый в происходящие события личностью, часто является более важным, чем сами эти события.

В моральной сфере пожилых свойственен отказ от адаптации к новым нормам, ценностям, манерам поведения, что может привести к конфликтам пожилого человека с окружающими, замыканию в своем мире.

Комплекс психодиагностических методик социально-психологических особенностей пожилых открывает широкие диагностические возможности для последующей организации помощи пожилым людям. Одними из основных диагностических инструментов являются взаимодополняющие методики, определяющие уровень социальной изолированности и фрустрированности личности. Социальная изолированность – это вынужденное длительное пребывание человека в условиях ограничения или даже отсутствия социальных контактов. При социальной изоляции происходит потеря смысла жизни, что, в свою очередь, может быть причиной деградации личности и неадекватного поведения. Высокий уровень социальной фрустрированности у пожилых обусловлен невозможностью удовлетворения потребностей в разных сферах отношений в социуме.

4.6. Диагностика расстройств личности

Относительно изменений личности в пожилом возрасте существует множество противоречивых мнений. Изменения личности в пожилом возрасте не в одинаковой степени присущи всем. Многие до преклонного возраста сохраняют свои личностные особенности и творческие возможности.

Личность человека по мере его старения изменяется, но старение протекает по-разному, в зависимости от биологических (конституциональный тип личности, темперамент, состояние физического здоровья) и социально-психологических факторов (образ жизни, семейно-бытовое положение, наличие духовных интересов, творческой активности).

Изменения личностных свойств, обусловленные возрастными особенностями, связаны со снижением функционирования всех органов чувств и подвижности. Интенсивно-деятельные люди становятся более пассивными. Уменьшение жизненной энергии сказывается на эмоциональности. Пожилые постепенно становятся более спокойными, находят радости в более узком кругу, но иногда наблюдается лабильность настроения. Сужается круг чувств, свою любовь они концентрируют на семье.

Большое значение играет перемена окружения. Например, если человек становится скупым на слова, то это нередко связано с тем, что старых друзей уже нет, а заводить новых не хватает сил и возможностей.

Старческая беспомощность, внушаемость и податливость обычно связаны с сужением круга интересов до вопросов своего здоровья и сосредоточением их вокруг собственных желаний и потребностей, иногда в ущерб интересам близких, повышенными эмоциональными реакциями и высказыванием обильного количества жалоб. Процессы обеднения эмоциональной жизни могут носить и более тяжёлую форму, в таких случаях внешний мир почти совсем не интересует человека, его чувства деградируют до физиологических процессов: еды, сна, отправления элементарных потребностей.

У пожилых людей часто ярче проявляются отдельные черты характера, которые в молодости маскировались, не проявлялись отчетливо. Такие черты, как обидчивость, эгоцентризм, раздражи-

тельность, капризность, сварливость, жадность, вспыльчивость и др. К 60 годам взгляды и принципы костенеют, следствием чего является нетерпимость, фанатизм, поэтому человек может проявлять некоторую агрессию, защищая свои принципы.

Для пожилых людей характерно развитие скупости (скарденность). За бережливостью пожилых скрывается форма борьбы за независимость и свободу. Это возникает по причине того, что пожилые не рассчитывают уже сами заработать на непредвиденные нужды, единственный способ сохранения независимости – бережливость.

У людей в позднем возрасте, как правило, падает активность, замедляются психические процессы, ухудшается самочувствие. В процессе старения меняется отношение к явлениям и событиям, изменяется направленность интересов. Во многих случаях происходит сужение круга интересов, частое брюзжание, недовольство окружающими. Наряду с этим имеет место идеализация прошлого, тенденция к воспоминаниям. У пожилого человека зачастую снижается самооценка, возрастает недовольство собой, неуверенность в себе.

Старость – крайне критичный период времени. Она требует всех сил личности, чтобы приспособиться к окружающей обстановке. Нередко человеку преклонного возраста трудно привыкнуть к новому статусу. Пожилой возраст характеризуется не только минусами, но и несет в себе много ценных, положительных качеств (становится рассудительным, опытным). Неминуемо наступающие в старости возрастные снижения адаптационных возможностей компенсируются профессиональным мастерством, глубокими познаниями и навыками, приобретенными в течение всей жизни. Адаптационные механизмы действительно снижаются, но это может быть успешно компенсировано высоким уровнем суждений, широтой кругозора.

Характеризуя психологические особенности людей пожилого возраста, можно описать их «психологический портрет»:

- снижение самооценки, неуверенность в себе, недовольство собой;
- опасение одиночества, беспомощности, обнищания, смерти;
- угрюмость, раздражительность, пессимизм;

– снижение интереса к новому – отсюда брюзжание, ворчливость;

– замыкание интересов на себе – эгоистичность, эгоцентричность, повышенное внимание к своему телу;

– неуверенность в завтрашнем дне – это делает стариков мелочными, скупыми, сверхосторожными, педантичными, консервативными, малоинициативными.

Однако исследования отечественных и зарубежных ученых свидетельствуют о многообразных проявлениях положительного отношения старого человека к жизни, людям и себе.

4.7. Диагностика нарушений ценностно-мотивационной сферы

Вопросы сохранения активной жизненной позиции, здоровья и социального статуса пожилого человека являются актуальной проблемой современной геронтологии. Решение проблемы поддержания активной жизненной позиции пожилых людей в современном социальном контексте необходимо искать в сфере досуга. Это обусловлено тем, что в пожилом возрасте в большинстве случаев изменяется структура жизнедеятельности. Из-за прекращения трудовой деятельности из неё могут полностью выпадать образовательная и профессионально-трудовая сферы, а бытовая – значительно сокращаться из-за прогресса в медицинском и бытовом обслуживании. Всё это приводит к значительному увеличению объёма свободного времени.

Для успешного выбора стратегии поддержки следует учитывать, что старение представляет собой не только прогрессирующее ослабление здоровья, упадок физических сил, но и наличие ряда психологических новообразований со специфическими изменениями, в интеллектуальной, эмоциональной и ценностно-мотивационной сфере.

Изменения на социальном уровне в сочетании с возрастными особенностями функционирования нервной системы приводят к изменению направленности личности за счет снижения уровня, перестройки структуры потребностей и мотивов; ограничению круга

интересов, заострению характерологических черт, нарастанию тревожности, психической ригидности.

Выделяют пять видов стратегий приспособительных реакций в пожилом возрасте (Шаповаленко И.В., 1999): конструктивная стратегия; стратегия пассивной зависимости; стратегия оборонительно-приспособительная; враждебная стратегия; стратегия самобичевания.

Под воздействием накопившихся психологических и социальных травм формируется ряд разнонаправленных адаптивно-приспособительных реакций. Многие из этих реакций последовательно закреплены, а выраженность адаптационных механизмов во многом определяет темп старения и продолжительность жизни в целом.

4.8. Диагностика психосоматических расстройств

Перед современными науками возникла глобальная проблема психосоматического здоровья пожилого человека, что связано с увеличением численности пожилых. Возрастные изменения, старение человека – реальный, но чрезвычайно сложный, ставящий перед обществом, наукой большой комплекс важных проблем.

Психосоматическое здоровье зависит от личностных факторов, которые определяют отношение к здоровью как к универсальной ценности, а также от состояния психовегетативной системы и метаболизма микроэлементов, как основных составляющих физиологического здоровья человека в позднем онтогенезе. Критериями психосоматического здоровья в позднем онтогенезе могут являться свойства иерархической индивидуальности в рамках теорий интегративных моделей.

Диагностика и дифференциальная диагностика психосоматических расстройств на этапе первичной помощи (амбулатории, поликлиники, стационары непсихиатрического профиля) представляется весьма актуальной проблемой. При этом наибольшие диагностические трудности вызывают так называемые соматически необъяснимые симптомы (Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Львов А.Н., 2010).

Понятие «соматически необъяснимые симптомы» объединяет широкий круг апофатических (apophatic – отрицательных) рас-

стройств – соматоформных, конверсионных, ипохондрических, а также алгий и более сложных – синдромальных – органоневротических образований (гипервентиляционный синдром, синдром Да Коста, синдром хронической усталости и др.). Только в амбулаторной практике распространенность указанных нарушений оценивается в диапазоне 25–75 %.

Манифестация соматически необъяснимых симптомов определяет необходимость тщательного клинического, инструментального и лабораторного обследования, так как под их маской нередко выступают проявления соматических заболеваний.

При распознавании психосоматических расстройств необходимо иметь в виду вероятность ряда диагностических ошибок.

В первую очередь, речь идет о следующих альтернативах:

- возможности ошибочного распознавания психического расстройства в случае, когда клиническую картину определяют признаки соматической болезни;
- переоценке роли соматической патологии при реально существующей психической болезни.

Выделяется целый ряд дифференцирующих признаков, позволяющих исключить продром соматического заболевания в форме невротических симптомокомплексов психосоматического круга.

В качестве опорных пунктов выступают психопатологические характеристики, которые свойственны:

- психическим расстройствам, реализующимся в соматической сфере при отсутствии патологии внутренних органов;
- конституциональным аномалиям с явлениями невропатического диатеза – немотивированный субфебрилитет, крапивница, непереносимость отдельных продуктов питания, метеопатии, гиперестезии, астенические проявления.

В качестве признаков, способствующих исключению соматической природы страдания, выступают:

- несопоставимость клинических проявлений с данными объективного исследования;
- чрезмерность, экспрессивность, полиморфизм, а иногда вычурность клинических проявлений;
- коморбидность различных симптомокомплексов, никогда не

встречающихся при одном и том же заболевании;

- несоответствие локализации рецепторных зон;
- особая динамика со склонностью к спорадической манифестации соматизированных, «псевдоаллергических» реакций с изменчивостью, подвижностью, «летучестью» (внезапность появления и исчезновения) симптоматики;
- видоизменение и нарастание симптомов под влиянием новой (и особенно индивидуально значимой) информации.

Значительные диагностические трудности возникают на начальных (продромальных) этапах соматических (злокачественные новообразования, сердечно-сосудистые заболевания, хронические инфекции, системные болезни соединительной ткани, альвеолиты и др.) и неврологических заболеваний, клинические проявления которых маскируются соматогенно и/или психогенно провоцируемыми, а также аутохтонно возникающими психическими расстройствами.

Такие протекающие в отсутствие (или при наличии лишь субклинических проявлений) значимых соматических и неврологических симптомокомплексов расстройства интерпретируются в рамках различных форм психической патологии – тревожной, конверсионной, астенической. В некоторых случаях на первый план выступают психотические (с соучастием галлюцинаторных и бредовых симптомокомплексов) шизофреноподобные состояния («вторичная шизофрения»).

Наиболее актуальной дифференциально-диагностической проблемой, возникающей в общесоматической практике, представляется проблема аффективных расстройств, либо определяющих клиническую картину, либо маскирующих субклинические проявления соматических и неврологических заболеваний.

Раннее распознавание аффективных расстройств (осуществляемое с использованием комплексного психопатологического и соматического обследования), в частности, соматогенно спровоцированной депрессии, проявления которой (например, при онкопатологии) сопутствуют потенциально смертельной болезни, обеспечивает своевременное проведение хирургического и других необходимых вмешательств (химио-, радиационная терапия).

Напротив, ошибочная квалификация психических расстройств в качестве единственной причины болезненного состояния имеет следствием позднюю диагностику представляющих серьезную опасность заболеваний внутренних органов и неврологической сферы.

Соответственно, в диагностическом процессе чрезвычайно важную роль играют инструментальные методы обследования.

4.9. Диагностика нарушений качества жизни

Постоянное увеличение доли пожилого населения и, соответственно, пожилых больных является одной из важнейших проблем XXI века.

При этом нельзя не учитывать, что в результате успехов медицины растёт количество хронических больных и инвалидов, в том числе пожилых. Это рождает множество этических проблем, без решения которых невозможно выполнение разнообразных приёмов реабилитации. Термин «качество жизни» (КЖ) приобретает всё большее признание и используется в формировании гуманистической социальной политики и решении её проблем в связи с необходимостью адаптации человека к изменившимся условиям существования при старении, появлении и прогрессировании заболеваний, свойственных старости.

Особую актуальность проблемы КЖ в геронтологии и гериатрии подчеркивает то, что ежегодная международная конференция по проблемам «третьего возраста» носит соответствующее название: «Пожилкой больной. Качество жизни» (Петров В.И., Седова Н.Н., 2001; Малыхин Ф.Т., 2011).

В свою очередь, этот возраст не является однородным понятием – в соответствии с классификацией ВОЗ (1963), возраст 60–74 года считается пожилым, 75–89 – старческим, а 90 лет и старше – периодом долгожительства.

Качество жизни – сравнительно новое для медицины понятие, заимствованное из социологии. Впервые оно было введено Дж. Гилбрейтом. Под КЖ понимают способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать

удовлетворение от этого. Несмотря на многочисленные попытки выделить какие-либо объективные методы оценки КЖ, понятие это до сих пор остается в большей степени субъективным, хотя возможна и количественная оценка отдельных его компонентов. В настоящее время КЖ стало предметом изучения специалистами многих областей науки (социологии, экологии, медицины, психологии, демографии и др.) как показатель, который отражает благоприятное и неблагоприятное воздействие на человека внешней и внутренней среды.

В энциклопедическом словаре под КЖ понимается «социологическая категория, выражающая качество удовлетворения материальных и культурных потребностей людей, а именно: качество питания, качество и модность одежды, комфорт жилища, качество здравоохранения, образования, сферы обслуживания, окружающей среды, структура досуга, степень удовлетворения потребностей в содержательном общении, знаниях, творческом труде, уровень стрессовых состояний, структура расселения и др.».

Понятие «качество жизни» характеризуется как многомерное явление, учитывающее комбинированное влияние большого числа факторов сильной и слабой интенсивности, интегрально оценивающее баланс человека с окружающей природной и социальной средой, включающее объективные и субъективные компоненты и требующее индивидуальной оценки в тесной связи с состоянием здоровья человека.

Эксперты ВОЗ определяют КЖ как «способ жизни в результате комбинированного воздействия факторов, влияющих на здоровье, счастье, включая индивидуальное благополучие в окружающей среде, удовлетворительную работу, образование, социальный успех, а также свободу, возможность свободных действий, справедливость, отсутствие какого-либо угнетения». По мнению ВОЗ, КЖ человека – «это индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте культуры и систем ценности этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства». Согласно другим определениям, КЖ – «субъективный показатель удовлетворения человеческих потребностей», «степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества».

КЖ определяют три основные группы факторов: 1) физический статус (переносимость социальных, эмоциональных и интеллектуальных нагрузок); 2) личностное восприятие своего состояния; 3) симптомы – следствие основного заболевания.

Критерии КЖ, рекомендованные ВОЗ, представлены в таблице 8.

Таблица 8

**Критерии качества жизни, рекомендованные ВОЗ
(WHOQOL Group, 1996)**

Критерии	Составляющие
Физические	Сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых
Психологические	Положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания
Уровень независимости	Повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения
Жизнь в обществе	Личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность
Окружающая среда	Благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология (поллютанты, шум, населенность, климат)
Духовность	Религия, личные убеждения

Оценка КЖ является надежным, информативным и экономичным способом оценки здоровья больного. В медицинской практике исследование КЖ используется в различных целях: для оценки эффективности препарата или метода лечения в клинических исследованиях; выявления психологических проблем наблюдения за

ними у больных и в системе общей практики; определения прогноза заболевания; анализа соотношения затрат и эффективности медицинской помощи.

Оценка КЖ может помочь врачу индивидуализировать терапию и получить важную для прогноза заболевания информацию. Данные КЖ могут стать основой, на которой разрабатываются реабилитационные программы. Основной принцип медицины «лечить больного, а не болезнь» может быть в большей степени реализован с помощью КЖ. Во многих странах в их национальные медицинские программы включен этот показатель как один из критериев эффективности тактики здравоохранения.

Развивая эту мысль, можно высказать более подробную характеристику взгляда на составляющие понятия КЖ в приложении именно к пожилым людям: это доступность медико-социальной помощи как комплекса медицинских и социальных услуг, предоставляемых больным пожилого возраста в учреждениях медицинского профиля и на дому и оказываемых профессиональными коллективами, состоящими из врачей, медсестёр, социальных работников, психологов, трудотерапевтов и ухаживающего персонала (Подопригора Г.М., 2008; Малыхин Ф.Т., 2011).

Использование такого понимания КЖ предполагает ориентацию медико-социальных структур не только на проведение различных лечебно-профилактических мероприятий (медикаментозное и оперативное лечение, реабилитация), но и на поддержание такого состояния, которое обеспечивало бы каждому члену общества, в том числе и пожилым людям, оптимальный физический, психологический и социальный комфорт, даже независимо от результатов лечения (Дворецкий Л.И., 2005).

На КЖ влияет и то, что пожилые пациенты в сравнении с лицами трудоспособного возраста имеют существенно меньшие финансовые ресурсы и социальную поддержку (о возможностях которой они к тому же ещё и могут не иметь адекватной информации или за счёт снижения мобильности лишаются способности обращения за ней).

В связи с этим основная задача организаций, оказывающих медико-социальную помощь пожилым людям, заключается в поддер-

жании удовлетворительного КЖ больных, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию, и защите гарантированных государством прав на медицинское и социальное обслуживание.

У большинства пожилых людей, находящихся в геронтопсихиатрическом центре, имеются признаки социальной дезадаптации (Соколова Д.А., 2011).

При оценке КЖ пожилых больных в острый период ишемического инсульта и через 3, 6 и 12 мес. после него установлено, что более всего на КЖ больных влияет степень функциональной независимости, которая определяет не только физические составляющие оценки КЖ на протяжении года после инсульта, но и психические и социальные ее аспекты, а также наличие депрессивных расстройств, которые ухудшают КЖ по составляющим как психического, так и физического здоровья. Степень тяжести инсульта влияет на оценку по психическому компоненту здоровья и его составляющим, возраст больных – на составляющие оценки КЖ, которые соответствуют общему состоянию здоровья и социальному функционированию больных (Пантелеенко Л.В., 2010).

Особенностью пожилых больных является и то, что при большинстве заболеваний, встречающихся в этом возрасте, они, с одной стороны, не могут выздороветь, с другой – хотят полноценной жизни, достаточно высокого её качества. Для компенсации нарушенных функций органов и систем организма следует проводить их длительную медикаментозную коррекцию. Необходимость массового применения лекарственных препаратов у пожилых людей налагает высокую ответственность на фармацевтические фирмы-производители.

Для предотвращения систематической ошибки у пожилых пациентов, для исследования у них КЖ следует предпочитать опросники, при заполнении которых была бы сведена до минимума вероятность получения однотипных ответов, независимо от сути вопросов. Кроме того, можно попытаться избежать несовпадений за счет использования у одних и тех же пациентов общих и специальных опросников, сочетания их с визуальными шкалами.

Количество инструментов для изучения КЖ постоянно увеличи-

вается. Интернет-база Pro Qolid содержала в 2007 г. информацию о 565 инструментах для исследования качества жизни, в 2009 г. – 647, в 2011 г. – 693, из них 538 могут быть применены при проведении исследований у взрослых. В то же время лишь 32 инструмента отнесены к гериатрическим, только 6 из них являются общими, остальные применимы при частных видах патологии (PROQOLID).

5. РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

5.1. Профилактика когнитивных расстройств

1. Забота о своем здоровье. У лиц, страдающих сахарным диабетом, шансы на развитие деменции в два раза выше. У курильщиков вероятность развития слабоумия выше на 70 %, а у людей с АГ – на 60 %. Также подвержены ей люди с лишним весом и имеющие депрессивный характер.

Забота о своем здоровье должна включать:

- *контроль артериального давления и содержания холестерина в крови* (повышение этих показателей приводит к изменениям стенок сосудов, в том числе головного мозга; как следствие, нарушается снабжение нервных клеток кислородом и питательными веществами);

- измерение уровня сахара крови (его избыток также отрицательно сказывается на сосудах и нервных клетках; нужен ежегодный контроль сахара крови);

- отказ от курения и злоупотребления алкоголем (отказ от курения постепенно снижает риск развития инфаркта мозга, и после 5 лет воздержания от курения риск возникновения инсульта у бывшего курильщика мало отличается от его риска у никогда не курившего человека; прекращение злоупотребления алкоголем постепенно снижает риск развития инсульта);

- контроль приема лекарственных препаратов (беспричинный прием препаратов или отказ от них могут также спровоцировать развитие деменции);

- регулярное прохождение профилактических медосмотров (необходимо помнить, что причиной развития деменции могут стать не пролеченные инфекции и хронические заболевания).

2. Регулярная физическая активность. Необходимо больше двигаться. Для хорошей работы головного мозга нужно иметь хорошее кровообращение, для чего важно регулярно заниматься физическими упражнениями, держать мышцы своего тела в тонусе. Во время выполнения физических упражнений улучшается кровообра-

щение, а значит, мозг получает больше питательных веществ. Также полезно ходить пешком. Полезны и анаэробные упражнения, они включают в себя бег и силовую подготовку. Умеренная физическая нагрузка, плавание или ежедневная ходьба (полезна для кровообращения и улучшает настроение). Ежедневные прогулки или бег трусцой защищают от разрушения клеток мозга.

3. Рациональное питание. Необходимо изменить питательный рацион (отказаться от соленой, жирной пищи). В каждодневном рационе пожилого человека должны присутствовать жирные кислоты омега-3 (их много в рыбе). В настоящее время эталоном признана средиземноморская диета, которая содержит в своем составе большое количество морепродуктов, овощей, фруктов, орехи и оливковое масло. Необходимо питаться разнообразной пищей богатой антиоксидантами, витаминами, B12, E, фолиевой кислотой. Положительное воздействие на мозг оказывает и черничный сок; именно эти ягоды больше всего насыщены антиоксидантами. Они благотворно влияют на организм и замедляют процесс деградации. При необходимости – прием витаминных комплексов.

4. Тренировка мозга. Образование – неплохая защита от деменции. Полезно ежедневное чтение, разгадывание кроссвордов или решение головоломок. Реже страдают деменцией и те, кто знает несколько иностранных языков и активно ими пользуется. Доказано, что мозг нуждается в тренировке. Болезнь Альцгеймера реже поражает людей с высоким уровнем интеллекта. Необходима тренировка мыслительных способностей (разгадывание кроссвордов, игра в шахматы, изучение иностранного языка). Полезны просмотр телефильмов, слушание музыки и чтение, а также занятия живописью, танцами, прогулки на свежем воздухе. Очень благотворно действуют на психическое состояние посещение театра, концерта классической музыки.

5.2. Профилактика эмоциональных расстройств

1. Правильный режим дня, отдыха и сна. Соблюдение режима дня очень полезно. Организм – система самоорганизующаяся, отклонения от привычного режима могут привести к сбоям в функ-

ционировании тех или иных систем, различного рода нарушениям. Взрослый человек должен спать не менее 8 часов в день. Народная мудрость о том, что сон – лекарство от всех болезней, не теряет свою актуальность. Во сне «отдыхают» органы и системы, восстанавливаются ресурсы, накапливается энергия для следующего дня.

2. Здоровое питание. Нередко предпосылками возникновения депрессивных состояний являются те или иные соматические заболевания, нарушения в деятельности органов пищеварения. Регулярное, сбалансированное питание – залог физического и психологического здоровья.

3. Здоровый образ жизни. Алкоголизм, наркомания, злоупотребление лекарственными препаратами являются факторами риска возникновения депрессивных расстройств.

4. Общение с родными и близкими. Прогулки в парке с семьей, совместные выходы в кино, театр. Профилактикой депрессии являются доверительные отношения в семье.

5. Физическая активность. Физические упражнения приносят как физическую, так и психологическую пользу, включая большую удовлетворенность жизнью, хорошее настроение и психическое благополучие, смягчение проявлений психологического дистресса и симптомов депрессии, снижение артериального давления, улучшение работы сердца.

6. Социальная поддержка. Социальные контакты после выхода на пенсию очень важны. Любой человек нуждается в поощрении своих действий. Желательно чаще подтверждать правильность действий и поощрять успехи. Можно попросить собеседника рассказать о его родственниках, детстве, местах, где он жил в юности, о прошлой работе, интересах. Очень хорошо вместе рассматривать старые фотографии мест, где он родился, жил, трудился, особенно те, на которых он изображен в силе, при исполнении социально значимой работы. Это всегда способствует повышению самоуважения человека.

7. Контроль за состоянием здоровья. Регулярное посещение врачей, контроль давления, уровня холестерина и другие анализы, выявляющие на ранних стадиях серьезные заболевания.

8. Время для себя. Пожилые люди должны стараться находить

время для своих увлечений, интересов, любимых книг или встреч с друзьями. Положительные эмоции – основной фактор в профилактике депрессии. Если уже обнаружены те или иные симптомы депрессии, необходимо обратиться к квалифицированному психотерапевту.

Разработанные нами ранее рекомендации для лиц пожилого возраста и их родственников «Профилактика когнитивных и эмоциональных нарушений» (Соловьев А.Г. и соавт., 2015) размещены в открытом доступе на сайте Российского геронтологического общества <http://www.gersociety.ru>.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В пожилом возрасте психические расстройства встречаются значительно чаще, чем в молодом и среднем. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, среди пожилых людей 236 из 100 тыс. населения страдают психическими заболеваниями, в то время как в возрастной группе от 45 до 64 лет – только 93. Между тем люди старшего возраста обращаются к психиатрам и психотерапевтам в два раза реже, чем население в целом.

Характерной особенностью психопатологических расстройств в пожилом возрасте является феномен соматизации, то есть телесного выражения психических расстройств. Такие больные обращаются за помощью к врачам общего профиля, которые не всегда могут распознать психические нарушения у пожилых пациентов, особенно если это касается депрессивных нарушений и легких расстройств памяти и мышления.

В этой связи актуальна разработка подходов к диагностике психического состояния лиц пожилого возраста.

Нами предложены рекомендации к комплексной диагностике психического здоровья у лиц пожилого возраста, представляющей собой совокупность методик, направленных на диагностику разных сфер психического здоровья: эмоциональной (для диагностики депрессивных и тревожных расстройств, астенического синдрома); когнитивной (диагностики признаков деменции; оценки нарушений внимания, памяти и мышления); социально-психологической (выявления признаков социально-психологической дезадаптации); личностной (оценки личностных характеристик, невротических нарушений); ценностно-мотивационной (ценностной сферы); психосоматической (психосоматических расстройств); качества жизни (влияния болезни на качество жизни).

Рассмотренные нами подходы для комплексной диагностики психического здоровья лиц пожилого возраста при их использовании будут способствовать выявлению психической патологии и оценке уровня психического здоровья у лиц пожилого возраста, тем самым помогут получить более точную картину распространенности психических заболеваний в пожилом возрасте; выявлять лиц

пожилого возраста с донозологическими формами психической патологии и осуществлять профилактическую работу.

Предлагаемые нами алгоритмы диагностики когнитивных и эмоциональных нарушений у лиц пожилого возраста могут быть использованы для выявления лиц пожилого возраста с донозологическими формами когнитивных и эмоциональных нарушений, что будет способствовать получению более точной картины распространенности когнитивной и эмоциональной патологии в пожилом возрасте и осуществлению ранней коррекции и профилактики.

Реализация подхода к ранней диагностике и профилактике психических расстройств в пожилом возрасте способствует улучшению социальной адаптации, укреплению морального и психологического климата в семье, снижению стигматизации психических расстройств и, в целом, повышению качества жизни и сохранению активного долголетия лиц пожилого возраста.

Разработанные в учебном пособии рекомендации могут быть использованы в деятельности врачей общесоматической практики (терапевтами, врачами общей практики, невропатологами).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Численность населения старше 60 лет в России составляет:

- а) более 19 %
- б) более 21 %
- в) более 25 %
- г) менее 20 %

2. Распространенность психических расстройств в пожилом возрасте составляет:

- а) 40–70 %
- б) менее 40 %
- в) более 50 %
- г) 10–50 %

3. Среди НПР у пожилых большую часть занимают расстройства:

- а) когнитивной сферы
- б) ценностно-мотивационной сферы
- в) эмоциональной сферы
- г) личности

4. По данным эпидемиологических исследований, уровень выявления психических заболеваний в пожилом возрасте определяется всеми факторами, за исключением:

- а) характера и тяжести психического заболевания
- б) качества жизни
- в) возраста и пола больного
- г) социальной активности больного

5. Среди лиц старше 50 лет повышенную забывчивость отмечают у себя:

- а) не менее 25 %
- б) не менее 75 %
- в) не менее 50 %
- г) меньше 25%

6. Во сколько раз чаще встречаются депрессии у неврологических и соматических пожилых пациентов, чем у физически здоровых людей того же возраста:

- а) в 2 раза чаще
- б) в 1,5 раза чаще
- в) в 3 раза чаще
- г) в 4 раза чаще

7. К последствиям нарушений памяти и внимания у пожилых относятся все, за исключением:

- а) сложности при выполнении договоренностей
- б) снижения скорости чтения
- в) сложности при выполнении простых действий в быту
- г) недостаточной концентрации внимания

8. У пожилых среди тревожных нарушений преобладают:

- а) паническое расстройство
- б) генерализованное тревожное расстройство
- в) специфические фобии
- г) посттравматическое стрессовое расстройство

9. К изменениям личности у пожилых относятся все, за исключением:

- а) эмоциональной устойчивости
- б) ограничения круга интересов
- в) заострения характерологических черт
- г) психической ригидности

10. К рекомендациям по проведению психодиагностического обследования у пожилых относятся все, за исключением:

- а) выбора опросников с небольшим количеством вопросов и заданий
- б) методики с меньшим временем проведения
- в) заданий, которые просты для восприятия
- г) заданий, требующих творческого подхода при решении

11. К критериям легкого тревожного расстройства можно отнести все симптомы, за исключением:

- а) симптомов, значительно нарушающих физическое, социальное или профессиональное функционирование
- б) наличия тревожного расстройства
- в) первичной патологической тревоги, проявляющейся «неврологическими» знаками и симптомами
- г) отчетливой вегетативной симптоматики

12. К критериям тяжелого астенического расстройства можно отнести все симптомы, за исключением:

- а) выраженного и постоянного ощущения общей слабости
- б) снижения работоспособности и продуктивности труда
- в) повышенной утомляемости (характерен «полный упадок сил»)
- г) нарушений сна (повышенная сонливость или упорная бессонница)

13. В качестве признаков, способствующих исключению соматической природы страдания, выступают все, за исключением:

- а) несопоставимости клинических проявлений с данными объективного исследования
- б) чрезмерности, экспрессивности, полиморфизма, а иногда вычурности клинических проявлений
- в) наличия невротической симптоматики
- г) коморбидности различных симптомокомплексов, никогда не встречающихся при одном и том же заболевании

14. Для скрининговой диагностики депрессии наиболее часто используется методика:

- а) Шкала самооценки депрессии (В. Цунга)
- б) Госпитальная шкала депрессии (HADS)
- в) Опросник депрессивных состояний (ОДС- 2)
- г) Опросник раннего выявления соматизированной депрессии

15. Для скрининговой диагностики тревоги наиболее часто используется методика:

- а) Шкала тревожности Спилбергера-Ханина
- б) Интегративный тест тревожности (ИТТ)
- в) Госпитальная шкала тревоги (HADS)
- г) Метод цветowych выборов М. Люшера

16. К инструментально-диагностическому этапу исследования когнитивных расстройств можно отнести все, за исключением:

- а) исследований неврологического статуса
- б) проведения компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга
- в) ультразвуковой доплерографии сосудов головы и шеи
- г) психодиагностического обследования

17. К «психологическому портрету» людей пожилого возраста можно отнести все характеристики, за исключением:

- а) повышенной тревожности и склонности к страхам
- б) снижения самооценки, неуверенности в себе
- в) опасения одиночества, беспомощности
- г) угрюмости, пессимизма

18. К критериям качества жизни, рекомендованным ВОЗ, можно отнести все, за исключением:

- а) физических
- б) жизни в обществе
- в) психологических
- г) материальных

19. К мероприятиям по профилактике когнитивных расстройств забота о своем здоровье должна включать все, за исключением:

- а) контроля артериального давления
- б) приема витаминов и микроэлементов
- в) измерения уровня сахара крови

г) регулярного прохождения профилактических медосмотров

20. К профилактике эмоциональных расстройств можно отнести все мероприятия, за исключением:

- а) физической активности
- б) здорового питания
- в) приема биологически активных добавок
- г) контроля за состоянием здоровья

Ответы на тестовые задания:

1. б	6. а	11. г	16. г
2. а	7. б	12. б	17. а
3. в	8. в	13. в	18. г
4. а	9. а	14. б	19. б
5. в	10. г	15. в	20. в

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аведисова А.С. Антиастенические препараты как терапия первого выбора при астенических расстройствах / А.С. Аведисова // Русский медицинский журнал. – 2004. – Т. 12, № 22. – С. 1290–1292.
2. Аксенов М.М. Психологические особенности пациентов пожилого возраста с непсихотическими психическими расстройствами / М.М. Аксенов, И.Я. Стоянова, Е.В. Цыбульская, А.К. Костин // Вестник ТГПУ. – 2015. – № 3 (156). – С. 58–63.
3. Антропов Ю.А. Основы диагностики психических расстройств / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов, Н.Г. Незнанов; под ред. Ю.А. Антропова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.
4. Беспалько И.Г. Шкала для экспресс психологической диагностики слабоструктурированных депрессивных расстройств: пособие для психологов и врачей / И.Г. Беспалько. – СПб.: НИИ им. В.М. Бехтерева, 2004. – 26 с.
5. Бизюк А.П. Применение интегративного теста тревожности: методические рекомендации / А.П. Бизюк, Л.И. Вассермана, Б.В. Иовлев. – СПб.: Изд-во Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 2005. – 23 с.
6. Вассерман Л.И. Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротической астении (УНА): пособие для врачей и психологов / Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев и др. – СПб., 1999. – 20 с.
7. Вейн А.М. Депрессия в неврологической практике / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев, Г.М. Дюкова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 208 с.
8. Вознесенская Т.Г. Некогнитивные нервно-психические расстройства при когнитивных нарушениях в пожилом возрасте / Т.Г. Вознесенская // Неврологический журнал. – 2010. – № 2. – С. 4–18.
9. Вознесенская Т.Г. Депрессия в пожилом возрасте / Т.Г. Вознесенская // Consilium Medicum. 2009. – Т. 11. – № 2. – С. 74–79.
10. Гарганеева Н.П. Расстройства депрессивного спектра в позднем возрасте: общая проблема в терапевтической и психиатрической практике / Н.П. Гарганеева, Н.И. Шахурова, Е.Д. Счастливый // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 78–83.

11. Горбунов В.В. Патогенетическое значение изменений вариабельности ритма сердца у больных нестабильной стенокардией с учетом тревожно-депрессивных расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.В. Горбунов. – Чита, 2001. – 22 с.

12. Дубенко А.Е. Депрессия и деменция: коморбидность, дифференциальная диагностика и тактика ведения пациентов / А.Е. Дубенко, В.И. Коростий // НЕЙРОNEWS. – 2014. – № 2/1. – С. 22–27.

13. Дюкова Г.М. Астенический синдром: проблемы диагностики и терапии / Г.М. Дюкова // Клиническая эффективность. Неврология и психиатрия. – 2012. – № 1. – С. 16–22.

14. Елфимова Е.В. Психические расстройства в пожилом и старческом возрасте / Е.В. Елфимова, М.А. Елфимов // Заместитель главного врача. – 2013. – № 11 (90). – С. 90–101.

15. Еникеева А.Х. Первичная обращаемость за психической помощью лиц пожилого и старческого возраста / А.Х. Еникеева, П.П. Балашов // Якутский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 92–94.

16. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии / В.А. Жмуров. – М.: Джангар, 2010. – 864 с.

17. Захаров В.В. Применение препарата проноран (пирибедил) при легких когнитивных расстройствах у пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией / В.В. Захаров, А.Б. Локшина // Неврологический журнал. – 2004. – № 2. – С. 30–35.

18. Захаров В.В. Нарушения памяти / В.В. Захаров, Н.Н. Яхно. – М.: ГеотарМед, 2003. – 150 с.

19. Ильин Е.П. Эмоции и чувства / Е.П. Ильин – СПб.: Питер, 2001. – 752 с.

20. Калын Я.Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ... доктора мед. наук / Я.Б. Калын. – М., 1999. – 52 с.

21. Карпухин И.Б. Психические расстройства непсихотического уровня у городского пожилого населения, не обращавшегося за психиатрической помощью: автореф. дис. ... доктора мед. наук / И.П. Карпухин. – Казань, 2005. – 24 с.

22. Колоцкая Е.В. Тревожные расстройства: диагностика и терапия / Е.В. Колоцкая // Русский медицинский журнал. – Т. 13. – № 15. – 2005. – С. 1009–1011.

23. Корнетов Н.А. Депрессия в пожилом возрасте: диагностика, тактика ведения и особенности терапии / Н.А. Корнетов // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2014. – Т. XLVI, № 3. – С. 90–96.

24. Корректирующая проба (Тест Бурдона) / Альманах психологических тестов. – М.: Изд-во КСП, 1995. – С. 107–111.

25. Краснов В.Н. Депрессии и сердечно-сосудистые заболевания / В.Н. Краснов // Практикующий врач. – 2002. – № 2. – С. 18–22.

26. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику / Э. Крепелин; послесл. С.А. Овсянников. – М.: Бином. Лаборатория знаний, 2004. – 493 с.

27. Ларева Н.В. Тревога и депрессия у больных пожилого возраста, страдающих артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца / Н.В. Ларева, Т.В. Валова // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2013. – Т. 117, № 2. – С. 53–56.

28. Лебедева В.Ф. Клинические особенности психических расстройств у лиц пожилого возраста в общемедицинской практике / В.Ф. Лебедева, В.Я. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005, № 3. – С. 81–84.

29. Левин О.С. Депрессия и деменция у пожилых: диагностические и терапевтические аспекты / О.С. Левин, Е.Е. Васенина // Фарматека. – 2012. – № 19 (252). – С. 76–80.

30. Локшина А.Б. Недементные когнитивные расстройства в пожилом возрасте: современные подходы к диагностике и лечению / А.Б. Локшина // Эффективная фармакотерапия. Неврология и Психиатрия. – 2013. – № 2 (15). – С. 34–40.

31. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия. – М.: Изд-во МГУ, 1973.

32. Максимова Н.Е. Психические расстройства у лиц пожилого возраста: автореф. дис. ... доктора мед. наук / Н.Е. Максимова. – М., 2007. – 49 с.

33. Малыхин Ф.Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы).

/ Ф.Т. Малыхин // Качественная клиническая практика. – 2011. – № 1. – С. 11–18.

34. Местечко В.В. Эпидемиологическая характеристика не-психотических психических расстройств у лиц пожилого возраста в Архангельской области / В.В. Местечко, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова // Успехи геронтологии. – 2012. – Т. 25. – № 4. – С. 654–660.

35. Методика «Таблицы Шульте» // Альманах психологических тестов. – М.: Изд-во КСП, 1995. – С. 112–116.

36. Михайлова Н.М. Тревожное расстройство в позднем возрасте / Н.М. Михайлова, Т.М. Сирыченко // Российский медицинский журнал. – 2006. – № 29. С. 14–16.

37. МКБ-10/ICD-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Всемирная организация здравоохранения. – СПб., 1994. – С. 303.

38. Незнанов Н.Г. Ранняя диагностика коморбидных психических расстройств в пожилом возрасте / Н.Г. Незнанов, Н.М. Залуцкая, В.А. Осипова, Д.В. Захарченко. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. – 28 с.

39. Незнанов Н.Г. Динамика состояния пожилых больных с коморбидными депрессивными и когнитивными нарушениями сосудистого генеза в процессе терапии / Н.Г. Незнанов, Л.С. Круглов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2008. – № 3. – С. 18–21.

40. Оганов Р.Г. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца / Р.Г. Оганов, А.Д. Деев, Г.В. Погосова и др. // Кардиология. – 2011. – № 2. – С. 59–66.

41. Одарченко С.С. Непсихотические психические расстройства позднего возраста: авторефер. дис. ... доктора мед. наук / С. Одарченко. – Томск, 2009. – 51 с.

42. Панасюк А.Ю. Адаптированный вариант методики Д. Векслера / А.Ю. Панасюк. – М.: НИИ психиатрии МЗ РФ, 1973. – 79 с.

43. Погосова Г.В. Депрессия – фактор риска развития ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти: 10 лет научно-

- го поиска / Г.В. Погосова // Кардиология. – 2012. – № 12. – С. 4–11.
44. Подрезова Л.А. Психические нарушения у пожилых терапевтических больных / Л.А. Подрезова, Т.Р. Маркина, Ю.В. Сейку // Альманах клинической медицины. – 2014, № 35. – С. 89–93.
45. Раевский А.А. Нарушения эмоциональной сферы у пожилых пациентов с органическим расстройством головного мозга (обзор литературы) / А.А. Раевский, В.А. Осипова // Профилактическая и клиническая медицина. – 2012. – № 3. – С. 121–125.
46. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Д.Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ-М, 2001. – 672 с.
47. Ратанова Т.А. Психодиагностические методы изучения личности / Т.А. Ратанова, Н.Ф. Шляхта. – М.: МПСИ, 2000. – 324 с.
48. Российский статистический ежегодник. 2011: Стат. сб. / Росстат. – М., 2011. – 795 с.
49. Ряховский В.В. Ближайшие исходы депрессии у лиц в инволюционном и позднем возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.В. Ряховский. – М., 2011. – 18 с.
50. Семке В.Я. Основы пограничной геронтопсихиатрии / В.Я. Семке, Б.Д. Цыганков, С.С. Одарченко. – М.: Медицина, 2006. – 526 с.
51. Сиденкова А.П. Когнитивные расстройства позднего возраста – актуальная медицинская, социальная и психологическая проблема современности / А.П. Сиденкова // Уральский медицинский журнал. – 2010, № 9. – С. 6–9.
52. Сиденкова А.П. Психосоциальная модель поздних деменций: автореф. дис. ... доктора мед. наук / А.П. Сиденкова. – Томск, 2010. – 52 с.
53. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с.
54. Собчик Л.Н. МЦВ – метод цветowych выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера: практическое руководство / Л.Н. Собчик. – СПб., Речь, 2001. – 112 с.
55. Соловьев А.Г. Диагностика психического состояния лиц пожилого возраста: методические рекомендации / А.Г. Соловьев, И.А. Но-

викова, В.В. Местечко. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. – 63 с.

56. Соловьев А.Г. Профилактика когнитивных и эмоциональных нарушений (Рекомендации для лиц пожилого возраста и их родственников): методические рекомендации / А.Г. Соловьев, И.А. Новикова, В.В. Местечко. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2015. – 26 с.

57. Соловьев А.Г. Психосоциальные характеристики лиц пожилого возраста с непсихотическими психическими расстройствами / А.Г. Соловьев, И.А. Новикова, В.В. Местечко // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2013. – № 4. – С. 45–50.

58. Соловьев А.Г. Диагностика когнитивной сферы у лиц пожилого возраста / А.Г. Соловьев, И.А. Новикова, В.В. Местечко // Успехи геронтологии. – 2015. – Т. 28. – № 2. – С. 366–373.

59. Сукиасян С.Г. Клинические опросники для раннего выявления соматизированных психических нарушений / С.Г. Сукиасян, А.М. Минасян // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1994. – № 2. – С. 73–76.

60. Фернандес Р. Неврология / Р. Фернандес, М. Самуэльс; под ред. М. Самуэльса; пер. с англ. – М.: Практика, 1997. – 640 с.

61. Филатова С.А. Геронтология: учебник / С.А. Филатова, Л.П. Безденежная, Л.С. Андреева. – Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 510 с.

62. Шкала астенического состояния // Практикум по психологии состояний: учебное пособие / под ред. О.А. Прохорова. – СПб.: Речь, 2004. – С. 127–129.

63. Ястребов В.С. Современная модель медико-социальной помощи психически больным пожилого возраста / В.С. Ястребов, Т.В. Зозуля // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2001. – Т. 101, № 9. – С. 4–9.

64. Яхно Н.Н. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии / Н.Н. Яхно, В.В. Захаров // Русский медицинский журнал. – 2002. – № 10. – С. 539–542.

65. Яхно Н.Н. Деменции: руководство для врачей / Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, А.Б. Локшина и др. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 272 с.

66. Яхно Н.Н. Нарушения памяти и внимания в пожилом воз-

расте / Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, А.Б. Локшина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2006. – Т.106, № 2. – С. 58–62.

67. Andrade L., Eaton W.W., Chilcoat H. Lifetime comorbidity of panic attacks and major depression in a population-based study. Symptom profiles // Br. J. Psychiatry. 1994. Vol. 165 (3). P. 363–369.

68. Baldwin R., Wild R. Treatment of depression in the elderly // Advances in Psychiatric Treatment. 2002. Vol. 10. P. 131–139.

69. Beck A.T., Epstein N., Brown G., Steer R.A. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988. Vol. 56. P. 893–897.

70. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. An Inventory for Measuring Depression. Arch. Gen. Psychiatr. 1961. Vol. 4. P. 561–571.

71. 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. Vol. 174. P. 307–311.

72. Blass J.B. Metabolic dementias // Aging of the brain and dementia. Aging. V.13. Ed. By L. Amaducci et al. N.Y.: Raven Press. 1980. – P. 261–170.

73. Blay S.L., Marinho V. Anxiety disorders in old age // Current Opinion in Psychiatry. 2012. Vol. 25 (6): 462–467.

74. Carney R.M., Freedland K.E., Miller G.E., Jaffe A.S. Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms // J Psychosom Res. 2002. № 53(4). – P. 897–902.

75. DiCarlo A., Baldereschi M., Amaducci L. et al. Cognitive impairment without dementia in older people: prevalence, vascular risk factors, impact on disability. The Italian Longitudinal Study on Aging // J. Am. Ger. Soc. 2000. Vol. 48. № 7. P. 775–782.

76. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // Journal of psychiatric research. 1975. Vol. 12 (3). P. 189–198.

77. Glaesmer H., Gunzelmann T., Braehler E. et al. Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder among elderly Germans: Results of a representative population-based survey. International Psychogeriatrics. 2010. Vol.22(4). P. 661–670.

78. Goncalves D.C., Byrne G.J. Interventions for generalized

anxiety disorder in older adults: systematic review and meta-analysis // *J. Anxiety Disord.* 2012. Vol. 26, № 1. – P. 1–11.

79. Hachinski V.C., Iliff L.D., Zilhka E. et al. Cerebral bloodflow indementia // *Arch. Neurol.* 1975. Vol. 32. P. 632–637.

80. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology // Neurosurgery and Psychiatry.* 1960. Vol. 23. P. 56–62.

81. Koenig H.G., George L.K., Peterson B.L. et al. Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic symptoms // *American Journal of Psychiatry.* 1997. Vol. 154. P. 1376–1383.

82. Lamers F., van Oppen P., Comijs H.C. et al. Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA) // *J. Clin Psychiatry.* 2011. Vol. 72. P. 341–348.

83. Lovestone S., Gauthier S. *Management of Dementia.* London: Martin Dunitz, 2001. P. 168.

84. Morris J.C. The Clinical Dementia Rating (CDR): Current vision and scoring rules // *Neurology.* 1993. Vol. 43. P. 2412–2414.

85. Parker G., et al. GAD is good? Generalized anxiety disorder predicts a superior five-year outcome following an acute coronary syndrome. // *Psychiatry Res.* 2011. Vol. 188 (3). P. 383–389.

86. Pennix B.W., Beekman A.T., Honig A. et al. Depression and cardiac mortality: Results from a community-based longitudinal study // *Archives of General Psychiatry.* 2001. Vol. 58 (3). P. 221–227.

87. Petersen R.S., Touchon J. Consensus on mild cognitive impairment // *Res. Pract. Alzheimer's disease.* 2005. Vol. 10. P. 24–32.

88. Potvin O., Hudon C., Dion M. et al. Anxiety disorders, depressive episodes and cognitive impairment no dementia in community-dwelling older men and women // *Int J Geriatr Psychiatry.* 2011. Vol. 26. P. 1080–1088.

89. Radloff L.S. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population // *Applied Psychological Measurement.* 1977. Vol. 1. P. 385–401.

90. Reisberg B., Ferris S.H., de Leon M.J. et al. The global deterioration scale (GDS). An instrument for the assessment of primary degenerative dementia // *Am J Psychiat* 1982. Vol. 139. P. 1136–1139.

91. Scanlan J., Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters // *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001. Vol.16. P. 216–222.
92. Smets E.M.A., Garssen B., Bonke B., de Haes J.C.J.M. The multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue // *J. Psychosom. Res.* 1995. Vol. 39. P. 315–325.
93. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. *Manual for the State - Trait - Anxiety Inventory*. Palo Alto, Calif., 1970.
94. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD The PHQ Primary Care Study // *JAMA*. 1999. Vol. 282 (18). P. 1737–1744.
95. Wewers M.E., Lowe N.K. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena // *Research in Nursing and Health*. 1990. Vol. 13. P. 227–236.
96. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // *Acta Psychiatr. Scand.* 1983. Vol. 67. P. 361–370.
97. Zung W.K., Durham N.C. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965. Vol. 12. P. 63–70.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Методика разработана для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги. Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию в течение последних 7 дней, а затем просуммируйте баллы отдельно для каждой части.

<i>Часть I (оценка тревоги)</i>	<i>Часть II (оценка депрессии)</i>
1. Я испытываю напряжение, мне не по себе: 3 – все время 2 – часто 1 – время от времени, иногда 0 – совсем не испытываю	1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство 0 – определенно, это так 1 – наверное, это так 2 – лишь в очень малой степени 3 – это совсем не так
2. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться: 3 – определенно это так, и страх очень велик 2 – да, это так, но страх не очень велик 1 – иногда, но это меня не беспокоит 0 – совсем не испытываю	2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное: 0 – определенно это так 1 – наверное, это так 2 – лишь в очень малой степени это так 3 – совсем не способен
3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове: 3 – постоянно 2 – большую часть времени 1 – время от времени и не так часто 0 – только иногда	3. Я испытываю бодрость: 3 – совсем не испытываю 2 – очень редко 1 – иногда 0 – практически все время

<p>4. Я легко могу сесть и расслабиться: 0 – определенно это так 1 – наверное, это так 2 – лишь изредка это так 3 – совсем не могу</p>	<p>3. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно: 3 – практически все время 2 – часто 1 – иногда 0 – совсем нет</p>
<p>5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь: 0 – совсем не испытываю 1 – иногда 2 – часто 3 – очень часто</p>	<p>5. Я не слежу за своей внешностью: 3 – определенно это так 2 – я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 – может быть, я стал(а) меньше уделять этому времени 0 – я слежу за собой так же, как и раньше</p>
<p>6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться: 3 – определенно это так 2 – наверное, это так 1 – лишь в некоторой степени это так 0 – совсем не испытываю</p>	<p>6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения: 0 – точно так же, как и обычно 1 – да, но не в той степени, как раньше 2 – значительно меньше, чем обычно 3 – совсем так не считаю</p>
<p>7. У меня бывает внезапное чувство паники: 3 – очень часто 2 – довольно часто 1 – не так уж часто 0 – совсем не бывает</p>	<p>7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы: 0 – часто 1 – иногда 2 – редко 3 – очень редко</p>
<p>Количество баллов _____</p>	<p>Количество баллов _____</p>

Расшифровка результатов:

0–7 баллов	отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги или депрессии
8–10 баллов	субклинически выраженная тревога или депрессия
11 баллов и более	клинически выраженная тревога или депрессия

Если сумма баллов по какой-либо из частей шкалы составила **8 баллов и более**, необходима консультация врача для назначения лечения.

Приложение 2

Шкала депрессии Гамильтона

Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) заполняется при проведении клинического интервью (примерно 20–25 минут). Пункты шкалы должны отражать состояние пациента в течение последних нескольких дней или предыдущей недели.

1. Депрессивное настроение (подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности)

0 – отсутствие

1 – выражение указанного чувства только при прямом вопросе

2 – жалоба высказывается спонтанно

3 – определяется невербально (поза, мимика, голос, плаксивость)

4 – пациент выражает только эти чувства, как в высказываниях, так и невербально

2. Чувство вины

0 – отсутствие

1 – самоуничижение, считает, что подвел других

2 – чувство собственной вины, мучительные размышления о собственных ошибках и грехах

3 – настоящее заболевание расценивается как наказание, бредовые идеи виновности

4 – вербальные галлюцинации обвиняющего и/или осуждающего содержания, и/или зрительные галлюцинации угрожающего содержания

3. Суицидальные намерения

0 – отсутствие

1 – чувство, что жить не стоит

2 – желание смерти или мысли о возможности собственной смерти

3 – суицидальные высказывания или жесты

4 – суицидальные попытки

4. Ранняя бессонница

0 – отсутствие затруднений при засыпании

1 – жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (более 30 минут)

2 – жалобы на невозможность заснуть каждую ночь

5. Средняя бессонница

0 – отсутствие

1 – жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи

2 – многократные пробуждения в течение всей ночи, подъем с постели

6. Поздняя бессонница

0 – отсутствие

1 – раннее пробуждение с последующим засыпанием

2 – окончательное раннее утреннее пробуждение

7. Работоспособность и активность

0 – отсутствие трудностей

1 – мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с работой или хобби

2 – утрата интереса к работе или хобби, выраженная непосредственно в жалобах или опосредованно, через апатичность и нерешительность (чувство потребности в дополнительном усилии приступить к работе или проявить активность)

3 – уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности

4 – отказ от работы вследствие настоящего заболевания

8. Заторможенность (замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)

0 – нормальная речь и мышление

1 – легкая заторможенность в беседе

2 – заметная заторможенность в беседе

3 – выраженные затруднения при проведении опроса

4 – ступор

9. Ажитация

0 – отсутствие

1 – беспокойство

2 – беспокойные движения руками, тербление волос

3 – подвижность, неусидчивость

4 – постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, кусание губ

10. Психическая тревога

0 – отсутствие

1 – субъективное напряжение и раздражительность

2 – беспокойство по незначительным поводам

3 – тревога, выражающаяся в выражении лица и речи

4 – страх, выражаемый и без распроса

11. Соматическая тревога (физиологические проявления тревоги – гастроинтестинальные – сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка, сердечно-сосудистые – сердцебиение, головные боли, дыхательные – гипервентиляция, одышка, + учащенное мочеиспускание, повышенное потоотделение)

0 – отсутствие

1 – слабая

2 – средняя

3 – сильная

4 – крайне сильная

12. Желудочно–кишечные соматические симптомы

0 – отсутствие

1 – утрата аппетита, но с приемом пищи без сильного принуждения, чувство тяжести в животе

2 – прием пищи только с упорным принуждением, потребность в слабительных средствах или препаратах для купирования гастроинтестинальных симптомов

13. Общие соматические симптомы

0 – отсутствие

1 – тяжесть в конечностях, спине, голове, мышечные боли, чувство утраты энергии или упадка сил

2 – любые резко выраженные симптомы

14. Генитальные симптомы (утрата либидо, менструальные нарушения)

- 0 – отсутствие симптомов
- 1 – слабо выраженные
- 2 – сильно выраженные

15. Ипохондрия

- 0 – отсутствие
- 1 – поглощенность собой (телесно)
- 2 – чрезмерная озабоченность здоровьем
- 3 – частые жалобы, просьбы о помощи
- 4 – ипохондрический бред

16. Потеря в весе (оценивается либо А, либо Б)

А. По данным анамнеза:

- 0 – отсутствие
- 1 – вероятная потеря в весе в связи с настоящим заболеванием
- 2 – явная (со слов) потеря в весе
- 3 – не поддается оценке

Б. Если изменения в весе имеют место еженедельно:

- 0 – менее 0,5 кг в неделю
- 1 – более 0,5 кг в неделю
- 2 – более 1 кг в неделю
- 3 – не поддается оценке

17. Критичность отношения к болезни

- 0 – осознание болезни
- 1 – осознание болезненности состояния, но отнесение его на счет плохой пищи, климата, переутомление и т.д.
- 2 – полное отсутствие сознания болезни

18. Суточные колебания (пункт Б оценивается при наличии расстройств в пункте А)

А. Когда симптомы более выражены:

- 0 – отсутствие колебаний
- 1 – утром
- 2 – вечером

Б. Степень выраженности:

- 0 – отсутствие

- 1 – слабые
- 2 – сильные

19. Деперсонализация и дереализация (измененность себя, окружающего)

- 0 – отсутствие
- 1 – слабая
- 2 – умеренная
- 3 – сильная
- 4 – непереносимая

20. Параноидальные симптомы

- 0 – отсутствие
- 1 – подозрительность
- 2 – идеи отношения
- 3 – бред отношения, преследования

21. Обсессивные и компульсивные симптомы

- 0 – отсутствие
- 1 – легкие
- 2 – тяжелые

Суммарный балл определяется по первым 17 пунктам (9 из которых оцениваются по баллам от 0 до 4-х, а 8 – от 0 до 2). Четыре последних пункта шкалы Гамильтона (с 18-го по 21-й) используются для оценки дополнительных симптомов депрессии и определения подтипов депрессивного расстройства. Баллы по данным 4 пунктов не используются при определении степени выраженности депрессии, и эти баллы не учитываются при подсчете суммарного балла шкалы Гамильтона, который определяет тяжесть депрессивного расстройства.

Суммарный балл первых 17 пунктов и его интерпретация: 0–7 – норма; 8–13 – легкое депрессивное расстройство; 14–18 – депрессивное расстройство средней степени тяжести; 19–22 – депрессивное расстройство тяжелой степени; более 23 – депрессивное расстройство крайне тяжелой степени тяжести.

**Шкала оценки уровня реактивной
и личностной тревожности
(Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин)**

Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный уровень тревожности – это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Большинство из известных методов измерения тревожности позволяет оценить только или личностную, или состояние тревожно-

сти, либо более специфические реакции. Единственной методикой, позволяющей дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние, является методика, предложенная Ч.Д. Спилбергером. На русском языке его шкала была адаптирована Ю.Л. Ханиным.

Шкала реактивной тревожности (РТ)

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

№	Суждение	Нет, это не так	По-жалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9	Я не доволен собой	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4

17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден, и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Шкала личностной тревожности (ЛТ)

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

№	Суждение	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
21	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22	Я очень быстро устаю	1	2	3	4
23	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
25	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26	Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4

32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Обработка и интерпретация результатов

Показатели РТ и ЛТ подсчитываются по формулам:

$$РТ = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35,$$

где Σ_1 – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

Σ_2 – сумма остальных зачеркнутых цифр по пунктам 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

$$ЛТ = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35,$$

где Σ_1 – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

Σ_2 – сумма остальных зачеркнутых цифр по пунктам 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

При интерпретации результат можно оценивать так:

до 30 – низкая тревожность;

31 – 45 – умеренная тревожность;

46 и более – высокая тревожность.

Значительные отклонения от уровня умеренной тревожности

требуют особого внимания, высокая тревожность предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетентности. В этом случае следует снизить субъективную значимость ситуации и задач и перенести акцент на осмысление деятельности и формирование чувства уверенности в успехе.

Низкая тревожность, наоборот, требует повышения чувства ответственности и внимания к мотивам деятельности. Но иногда очень низкая тревожность активного вытеснения личностью высокой тревоги ставит целью показать себя в «лучшем свете».

Шкалу можно успешно использовать в целях саморегуляции, в целях руководства и психокоррекционной деятельности.

Приложение 4

Шкала астенического состояния (ШАС) (автор Л.Д. Малкова; адаптация Т.Г. Чертовой)

Шкала астенического состояния разработана на базе данных клинико-психологических наблюдений и известного опросника ММРІ (Миннесотский многомерный личностный перечень) и предназначена для диагностики астенического состояния (болезненное состояние, проявляющееся повышенной утомляемостью и истощаемостью с крайней неустойчивостью настроения, ослаблением самообладания, нетерпеливостью, неусидчивостью, нарушением сна, утратой способности к длительному умственному и физическому напряжению, непереносимостью громких звуков, яркого света, резких запахов).

Инструкция: Внимательно прочитайте каждое предложение и, оценив его применительно к Вашему состоянию в данный момент, выберите вариант ответа в правой части бланка. Варианты ответа: 1 – нет, совсем не так; 2 – пожалуй, так; 3 – верно; 4 – совершенно верно.

№	Вопрос	Ответ
1	Я работаю с большим напряжением	1 2 3 4
2	Мне трудно сосредоточиться на чем-либо	1 2 3 4
3	Моя половая жизнь не удовлетворяет меня	1 2 3 4
4	Ожидание нервирует меня	1 2 3 4
5	Я испытываю мышечную слабость	1 2 3 4
6	Мне не хочется ходить в кино или театр	1 2 3 4
7	Я забывчив	1 2 3 4
8	Я чувствую себя усталым	1 2 3 4
9	Мои глаза устают при длительном чтении	1 2 3 4
10	Мои руки дрожат	1 2 3 4
11	У меня плохой аппетит	1 2 3 4
12	Мне трудно быть на вечеринке или в шумной компании	1 2 3 4
13	Я уже не так хорошо понимаю прочитанное	1 2 3 4
14	Мои руки и ноги холодные	1 2 3 4

15	Меня легко задеть	1 2 3 4
16	У меня болит голова	1 2 3 4
17	Я просыпаюсь утром усталым и неотдохнувшим	1 2 3 4
18	У меня бывают головокружения	1 2 3 4
19	У меня бывают подергивания мышц	1 2 3 4
20	У меня шумит в ушах	1 2 3 4
21	Меня беспокоят половые вопросы	1 2 3 4
22	Я испытываю тяжесть в голове	1 2 3 4
23	Я испытываю общую слабость	1 2 3 4
24	Я испытываю боли в темени	1 2 3 4
25	Жизнь для меня связана с напряжением	1 2 3 4
26	Моя голова как бы стянута обручем	1 2 3 4
27	Я легко просыпаюсь от шума	1 2 3 4
28	Меня утомляют люди	1 2 3 4
29	Когда я волнуюсь, то покрываюсь потом	1 2 3 4
30	Мне не дают заснуть беспокойные мысли	1 2 3 4

Обработка и интерпретация результатов:

- от 30 до 50 баллов – «отсутствие астении»;
- от 51 до 75 баллов – «слабая астения»;
- от 76 до 100 баллов – «умеренная астения»;
- от 101 до 120 баллов – «выраженная астения».

Приложение 5

Краткая шкала оценки психического статуса

Когнитивная сфера	Оценка (баллы)	Ваши баллы
Ориентировка		
Назвать год, время года, месяц, число, день недели	0–5	
Назвать место, где мы находимся (страна, область, город, клиника, учреждение)	0–5	
Восприятие		
Повторить три слова: груша, стул, тетрадь	0–3	
Концентрация внимания		
Вычесть из 100 число 7, затем из остатка вычесть 7, и так 5 раз	0–5	
Память		
Вспомнить 3 слова из задания № 2	0–3	
Речь, чтение, письмо		
Назвать 2 предмета «ручка, часы»	0–2	
Повторить «никаких если, никаких но»	0–1	
Трехэтапная команда («поднимите указательный палец правой руки, дотроньтесь им до носа, затем до левого уха»)	0–3	
Прочесть и написать на листе бумаги задание следующего содержания: «закройте глаза»	0–1	
Написать предложение	0–1	
Срисовать изображение (два пересекающихся пятиугольника)	0–1	



Инструкция		
В баллах оцениваются основные показатели когнитивных функций. Затем подсчитывается суммарный балл. Более высокий суммарный балл свидетельствует о более высокой сохранности когнитивных функций. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает ошибку на один балл.		
28–30 баллов – нет нарушений когнитивных функций или легкие когнитивные нарушения		
25–27 баллов – умеренные когнитивные нарушения		
20–24 баллов – деменция легкой степени выраженности	0–30	
11–19 баллов – деменция умеренной степени выраженности; 0–10 баллов – тяжелая деменция		

Тест «Рисование часов»

Одним из простейших тестов на определение нарушений памяти является тест «Рисование часов». Он не требует наличия громоздких таблиц, занимает мало времени и достаточно информативен. Каждый человек может провести его самостоятельно себе либо своему родственнику.

Для проведения теста понадобится чистый лист нелинованной бумаги и карандаш. Пациенту говорят: «Пожалуйста, нарисуйте круглые часы с цифрами на циферблате. Стрелки показывают время, без пятнадцати два».

Пациент самостоятельно, без подсказок, по памяти должен нарисовать циферблат в виде круга, правильно расположить все цифры и стрелки, указывающие время. Обычно этот тест не вызывает затруднений, но при наличии когнитивных нарушений, проблем с памятью больной допускает неточности и ошибки.

Результат теста оценивается по 10-балльной шкале:

- 10 баллов – норма, нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время;
- 9 баллов – незначительные неточности расположения стрелок;
- 8 баллов – ошибки в расположении стрелок более заметны (одна из стрелок отклоняется больше чем на час);
- 7 баллов – обе стрелки показывают неправильное время;
- 6 баллов – стрелки не показывают время (время обведено кружком);
- 5 баллов – неправильное расположение чисел на циферблате (цифры следуют – в обратном порядке, то есть против часовой стрелки, либо расстояние между ними неодинаковое);
- 4 балла – утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга;
- 3 балла – циферблат и числа более не связаны друг с другом;
- 2 балла – пациент предпринимает попытки выполнить задание, но безуспешно;
- 1 балл – пациент не делает попытки выполнить инструкцию врача.

Если результат менее 9 баллов, следует говорить о наличии выраженных нарушений памяти.

Для того, чтобы отличить разные виды деменции, провести дифференциальный диагноз, пациенту могут упростить задачу. Попросят дорисовать стрелки на уже нарисованном циферблате с числами.

Если пациент правильно рисует стрелки, то предполагают наличие деменции лобного типа или с преимущественным поражением подкорковых структур. При болезни Альцгеймера нарушается как самостоятельное рисование часов, так и расположение стрелок на готовом циферблате.

10 баллов – норма
Нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время.



9 баллов
Незначительные неточности расположения стрелок.



8 баллов
Более заметные ошибки в расположении стрелок.



7 баллов
Стрелки показывают совершенно неправильное время.



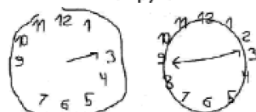
6 баллов
Стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком).



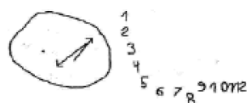
5 баллов
Неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке (против часовой стрелки) или расстояние между числами неодинаковое.



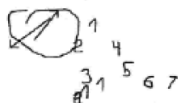
4 балла
Утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга.



3 балла
Числа и циферблат более не связаны друг с другом.



2 балла
Деятельность больного показывает, что он пытается выполнить инструкцию, но безуспешно.



1 балл
Больной не делает попыток выполнить инструкцию. Выполнение данного теста нарушается как при деменциях лобного типа, так и при альцгеймеровской деменции и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур.

Для дифференциального диагноза данных состояний при неправильном самостоятельном рисунке больного просят дорисовать стрелки на уже нарисованном (врачом) циферблате с числами.



При деменциях лобного типа и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур легкой и умеренной выраженности страдает лишь самостоятельное рисование, в то время как способность расположения стрелок на уже нарисованном циферблате сохраняется.

При деменции альцгеймеровского типа нарушается как самостоятельное рисование, так и способность расположения стрелок на уже готовом циферблате.

Тест «Мини-Ког» (Mini-Cog)

Существует простой тест для определения деменции, проведение которого займет 3–5 минут, а диагноз «деменция» можно подтвердить с большой вероятностью.

Метод включает в себя оценку кратковременной памяти (запоминание и воспроизведение 3 слов) и зрительно-пространственной координации (тест «рисование часов»).

Правила тестирования:

1) Пациенту называют и предлагают запомнить 3 слова: *лимон, ключ, шар*.

2) Затем просят нарисовать циферблат часов и отметить самостоятельно время 8 ч 20 мин.

3) В конце тестирования пациента просят вспомнить и назвать три слова из п.1.

Результат тестирования: если пациент не назвал три слова, либо назвал только 1–2 слова, то предполагают деменцию. Если допущены ошибки в тесте «рисование часов», то предполагают деменцию. Если часы и стрелки нарисованы правильно – деменции нет. Для более детального исследования применяют другие диагностические тесты: КШОПС или БЛД.

Недостатком метода является то, что он выявляет только деменции и мало пригоден для выявления легких или умеренных расстройств памяти. В последнем случае, для выявления снижения когнитивных расстройств легкой степени необходимо провести тест SAGE.

Тест на деменцию SAGE

Тест SAGE (Self Administrated Gerocognitive Exam) направлен на выявление умеренных нарушений памяти и мышления, а также ранних симптомов деменции. Тест демонстрирует высокую чувствительность и низкую вероятность ошибочного диагноза. Важным преимуществом данного теста является возможность проводить его самим пациентом, без участия врача, что значительно упрощает выявление начальных проявлений деменции.

Порядок проведения теста SAGE

Пациент должен самостоятельно выполнять ручкой предложенные задания. Врачу или родственнику необходимо только пояснить, что во время тестирования нельзя пользоваться календарем или часами. Если пациент затрудняется выполнять задания, просит помощи, следует ответить: «Постарайтесь выполнить максимальное количество упражнений». На выполнение отводится 10–15 минут, но можно и больше, в зависимости от состояния пациента. Существует четыре взаимозаменяемых варианта теста, ниже представлен один из них.

Подсчет набранных баллов:

1. Ориентация (максимум 4 балла). Дата: правильный ответ – 2, приблизительный ответ (+/-3 дня) – 1, любой другой – 0. Месяц: правильный ответ – 1, неправильный ответ – 0. Год: правильный ответ – 1, неправильный ответ – 0
2. Названия предметов (максимум 2 балла). Правильность написания не оценивается. За каждый рисунок: правильный ответ – 1, неправильный ответ – 0
3. Поиск сходства (максимум 2 балла). Правильность написания не оценивается. Абстрактный категориальный признак – 2, внешнее физическое сходство – 1, любое другое – 0
4. Вычисления (максимум 1 балл). Правильный ответ – 1, неправильный ответ – 0
5. Вычисления (максимум 1 балл). Правильный ответ – 1, неправильный ответ – 0
6. Память. Баллы начисляются в пункте 12

7. Рисование трехмерной фигуры (максимум 2 балла). Трехмерная фигура изображена верно, правильной формы, с параллельными линиями, отклоняющимися не более чем на 10 градусов – 2. Трехмерная фигура изображена, но неправильной формы либо с непараллельными линиями, отклоняющимися более чем на 10 градусов – 1; другое – 0 баллов.

8. Рисование часов (максимум 2 балла). У часов оцениваются 4 компонента: циферблат, цифры (все 12 в правильном порядке и с относительно точной позицией), позиция стрелок (указывают на правильные цифры и сходятся в центре), размер стрелок (большая и малая). 4 компонента из 4 – 2 балла, 3 компонента из 4 – 1 балл (правильное положение стрелок должно быть обязательно соблюдено), другое – 0 баллов.

9. Оценка словаря пациента (максимум 2 балла). Правильность написания не оценивается. 12 правильных ответов – 2, 10–11 правильных ответов – 1, меньше 10 правильных ответов – 0.

10. Построение последовательности (максимум 2 балла). Ошибка засчитывается всякий раз, когда соединяются два элемента, которые не должны быть соединены, или не соединяются два элемента, которые должны быть соединены. Без ошибок (даже с самоисправлениями) – 2 балла, 1 или 2 ошибки – 1 балл, более 2 ошибок – 0.

11. Задание на трансформацию (максимум 2 балла). (для фигур 1 и 2) оценка – 1 балл, если:

- фрагменты для перемещения выбраны верно, но финальная фигура не нарисована;
- фрагменты для перемещения выбраны верно, но финальная фигура нарисована неверно;
- фрагменты для перемещения не обозначены и не передвинуты, но финальная фигура нарисована верно, все остальные варианты – 0 баллов (для фигур 3 и 4). Перечеркнуты правильные линии и финальная фигура правильная – 2 балла, оценка – 1 балл, если:
 - перечеркнуты правильные линии, но финальная фигура не нарисована;
 - перечеркнуты правильные линии, но финальная фигура нарисована неверно;
 - линии не зачеркнуты, но финальная фигура нарисована вер-

но все остальные варианты – 0 баллов.

12. Память (максимум 2 балла)

(варианты 1 и 2). Точно воспроизведены все слова и никаких лишних слов не добавлено – 2 балла, присутствует слово «сделал», но фраза воспроизведена неточно – 1 балл, другие варианты – 0.

(варианты 3 и 4). Точно воспроизведены все слова и никаких лишних слов не добавлено – 2 балла, присутствует слово «закончил», но фраза воспроизведена неточно – 1 балл, другие варианты – 0 баллов.

Оценка результатов тестирования

Максимальное количество баллов – 22

17–22 балла – когнитивные функции (память и мышление) пациента в норме.

15–16 баллов – умеренные когнитивные нарушения (рекомендуется обратиться к врачу).

14 и ниже – выраженные когнитивные расстройства (рекомендована консультация врача).

Пожалуйста, выполните предложенные задания при помощи ручки, не прибегая к посторонней помощи.

Имя _____ Дата рождения ____ / ____ / ____

Образование _____ Пол _____

Есть ли у вас проблемы с памятью или мышлением? Да Иногда Нет

Есть ли проблемы с памятью и мышлением у кого-то из ваших близких родственников? Да Нет

Есть ли у вас проблемы с удержанием равновесия? Да Нет

Если есть, известна ли вам их причина? _____

Случался ли у Вас инсульт? Да Нет Микроинсульт? Да Нет

Испытываете ли чувство тревоги, тоски, депрессии? Да Иногда Нет

Наблюдаете ли вы изменения в вашей личности? Да (какие?) _____ Нет

Стало ли вам сложнее заниматься повседневными делами из-за проблем с памятью или мышлением? Да Нет

1. Назовите сегодняшнюю дату (по памяти, никуда не заглядывая!)

День _____ Месяц _____ Год _____

2. Назовите объекты, изображенные на рисунках.

Запишите названия.





3. Что общего между розой и тюльпаном? И тот и другой ... _____

4. Сколько полтинников в 3 рублях? _____

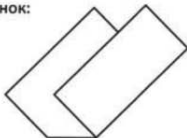
5. Вы оплачиваете в кассе 3 руб. 05 коп.

Сколько сдачи вы получите, если дадите кассиру 5 рублей? _____

6. Тест на память. Выполните это задание в самом конце, не раньше чем закончите работать с тестом.

В последней строке на последней странице теста напишите «Я закончил(а)».

7. Скопируйте рисунок:



8. Тест на рисование

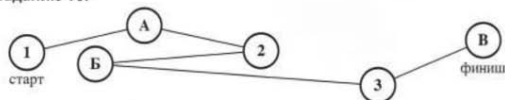
Нарисуйте циферблат и разместите на нем цифры.

Расположите стрелки так, чтобы часы показывали без 10 минут 11 часов.

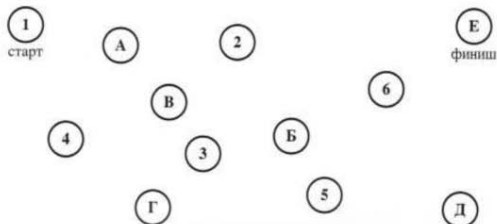
У длинной стрелки напишите букву «Д», а у короткой – «К».

9. Запишите названия 12 разных стран:

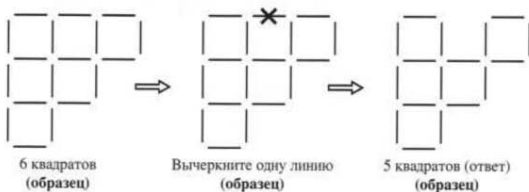
Посмотрите на образец и переходите к заданию 10.



10. Прочертите линию между кругами, начиная с цифры 1, чередуя затем цифры и буквы, и завершите на букве Е (1 - А - 2 - Б и т.д.).



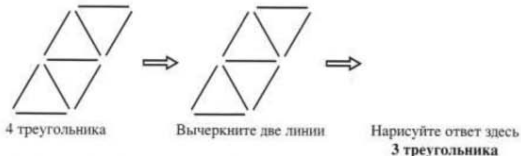
Посмотрите на образец и переходите к заданию 11.



11. Решите следующую задачу:

На первом рисунке четыре треугольника. Уберите 2 линии (зачеркните их на рисунке).

После удаления должно получиться 3 треугольника. (Лишних линий, не образующих фигуру, быть не должно.)



12. Вы всё сделали?

Приложение 9

Монреальская шкала оценки когнитивных функций

ФИО:

Образование:.....

Дата рождения:.....

Дата обследования:

Оптико-пространственная деятельность/исполнительные функции				Нарисуйте часы, которые показывают десять минут двенадцатого (3 пункта)			Балл
							5
Называние							3
Память	1 раз	Лицо	Вельвет	Церковь	Маргаритка	Красный	нет баллов
Пациент повторяет прочитанные слова. Даются 2 попытки. Повторить вопрос через 5 мин.	2 раза						
Внимание							
Прочитайте ряд цифр (1 цифра/с). Повторить в прямом порядке [] 2 1 8 5 4. Повторить в обратном порядке [] 7 4 2.							2
Прочитайте ряд букв. Пациент должен хлопнуть рукой по столу на каждой букве А. Более 2 ошибок – 0 б. [] Ф Б А В М Н А А Ж Л Л Б А Ф А К Д Е А А Ж А М О Ф А А Б							1

Серия вычитаний из 100 по 7 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65							3
Речь Повторить: Я не знаю ничего, кроме того, что Ваня сегодня дежурит. <input type="checkbox"/> Кошка всегда пряталась под диван, когда собака была в комнате. <input type="checkbox"/>							2
Скорость За одну минуту назовите как можно больше слов на букву «К». <input type="checkbox"/> (N≥11)							
Абстрактное мышление Сходство между предметами, например, банан и апельсин – фрукты. <input type="checkbox"/> поезд и велосипед <input type="checkbox"/> часы и линейка							
Отсроченное воспроизведение	Без под-сказки	Лицо <input type="checkbox"/>	Вельвет <input type="checkbox"/>	Церковь <input type="checkbox"/>	Маргаритка <input type="checkbox"/>	Красный <input type="checkbox"/>	Баллы без под-сказки 5
Необязательно для заполнения	Подсказка категории						
	Выбор из предложенного						
Ориентировка	<input type="checkbox"/> Число <input type="checkbox"/> День недели		<input type="checkbox"/> Месяц <input type="checkbox"/> Место		<input type="checkbox"/> Год <input type="checkbox"/> Город		6

Сумма баллов ____ / 30.

Прибавьте 1 балл, если образование ≤12 лет.

Методика обследования и оценка результатов

Монреальская шкала когнитивной оценки (MoCA) разработана для быстрого скрининга мягких когнитивных нарушений. Она

оценивает различные когнитивные функции: внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, речь, оптико-пространственную деятельность, концептуальное мышление, счет и ориентированность. Обследование пациента при помощи MoCA занимает приблизительно 10 минут. Максимальное количество баллов – 30; норма – 26 и больше.

1. Черчение ломаной линии:

Методика: Обследуемого просят: «Нарисуйте линию от цифры к букве в порядке увеличения. Начните здесь – (указать на 1) и проведите линию от 1 к А, а затем к 2 и так далее. Закончите здесь – (указать на Д).

Оценка: Поставьте один балл, если обследуемый правильно соединяет знаки в следующем порядке: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д так, чтобы линии не пересекались. Любая ошибка, не исправленная немедленно самостоятельно, оценивается как 0.

2. Оптико-пространственная деятельность (куб):

Методика: Дают следующие инструкции, указывая на куб: «Аккуратно перерисуйте эту фигуру на пустом пространстве под ней».

Оценка: За правильно перерисованную фигуру ставят один балл:

- фигура должна быть трехмерной;
- должны быть нарисованы все линии;
- не должно быть лишних линий;
- линии должны быть относительно параллельны и незначительно отличаться по длине (принимается рисунок прямоугольной призмы).

Задание не засчитывается, если не выполнено какое-либо из вышеуказанных условий.

3. Оптико-пространственная деятельность (часы):

Методика: Указывая на правую треть графы, дают следующие инструкции: «Нарисуйте часы. Расставьте все цифры и нарисуйте стрелки так, чтобы часы показывали десять минут двенадцатого».

Оценка: За выполнение каждого из условий дают 1 балл:

- контур (1 б): циферблат должен быть круглым, возможно с погрешностями формы (например, слегка незамкнутым);
- цифры (1 б): должны быть все цифры циферблата и не долж-

но быть лишних; цифры должны располагаться в правильном порядке и приблизительно в соответствии с квадрантами циферблата; допускаются римские цифры; цифры могут располагаться снаружи циферблата;

- стрелки (1 б): должно быть две стрелки, показывающие правильное время; часовая стрелка должна быть отчетливо короче минутной; стрелки должны сходиться внутри контура циферблата и пересекаться близко к его центру.

Балл за пункт не засчитывается, если не выполнено какое-либо из вышеуказанных условий.

4. Называние:

Методика: Слева направо указывают на рисунок и просят: «Назовите это животное».

Оценка: За каждый ответ дают балл: (1) лев, (2) носорог, (3) верблюд.

5. Память:

Методика: Называют 5 слов со скоростью одно слово в секунду и дают следующие инструкции: «Это тест для проверки памяти. Я прочитаю набор слов, которые нужно запомнить сейчас и вспомнить через некоторое время. Слушайте внимательно. После того, как я закончу, назовите слова, которые Вы запомнили. Порядок не имеет значения». Ставят отметку в графе под каждым словом, которое обследуемый называет при первой попытке. После того как обследуемый заканчивает перечислять слова (говорит, что не может вспомнить больше), список слов читают второй раз и дают следующие указания: «Я прочитаю те же слова второй раз. Постарайтесь запомнить и назвать как можно больше слов, включая те, которые вы назвали в первый раз». Ставят знак в графе, соответствующей каждому слову, которое обследуемый называет при второй попытке.

В конце второй попытки обследуемому говорят: «Я попрошу Вас назвать эти же слова в конце обследования».

Оценка: За первую и вторую попытку не дают баллов.

6. Внимание:

Называние чисел в прямом порядке:

Методика: Дают следующие указания: «Я назову несколько чисел, а потом Вы должны повторить их за мной». Называют пять чи-

сел со скоростью одно число в секунду.

Называние чисел в обратном порядке:

Методика: Дают следующие указания: «Сейчас я назову еще несколько чисел, а потом Вам нужно будет их назвать в обратном порядке». Называют три числа со скоростью одно число в секунду.

Оценка: Дают один балл за каждую правильно повторенную последовательность (правильный ответ для чисел в обратном порядке – 2–4–7).

Реакция

Методика: Читают последовательность букв со скоростью одна буква в секунду и дают следующие указания: «Я прочитаю ряд букв. Каждый раз, когда я буду называть букву А, нужно будет один раз хлопнуть рукой по столу. Когда я буду называть другие буквы, хлопнуть по столу не нужно».

Оценка: Дают 1 балл, если задание выполнено без ошибок или с одной ошибкой (ошибка – хлопок не на ту букву или отсутствие хлопка на букву А).

Последовательное вычитание по 7:

Методика: Дают следующие указания: «Сейчас отнимите от 100 7, а затем продолжайте вычитать из полученного числа по 7, пока я Вас не остановлю». При необходимости повторите указания.

Оценка: Задание оценивают тремя баллами. При отсутствии правильного вычитания дают 0 баллов, за одно правильное вычитание – 1 балл, 2 балла дают при 2–3 правильных вычитаниях, 3 – при 4–5 правильных вычитаниях. Подсчитайте все правильные вычитания по 7, начиная со 100. Каждое вычитание оценивают независимо, то есть, если обследуемый делает ошибку, но продолжает правильно вычитать из результата 7, дают балл за каждое правильное действие.

Например, обследуемый может отвечать: «92–85–78–71–64», но даже учитывая, что 92 – неправильный результат, все последующие действия выполнены правильно. Такой результат будет оценен в 3 балла.

7. Повторение предложений:

Методика: Дают следующие указания: «Я прочитаю предложение. Повторите его за мной слово в слово (пауза). Я не знаю ничего,

кроме того, что Ваня сегодня дежурит». После ответа говорят: «А теперь я прочитаю другое предложение. Повторите его за мной слово в слово (пауза). «Кошка всегда пряталась под диван, когда собака была в комнате».

Оценка: Дают 1 балл за каждое правильно повторенное предложение. Повторять нужно точно. Внимательно следите за ошибками, например, похожими словами (того – всего), и заменами/добавлениями («что она сегодня дежурит», «спряталась» вместо «пряталась», изменение числа и т.п.).

8. Скорость:

Методика: Дают следующие указания: «Назовите как можно больше слов, которые начинаются с определенной буквы, которую я Вам сейчас назову. Можете называть любые слова, за исключением имен собственных (например, Марина, Москва), чисел или однокоренных слов (например, дом, домик, домовой). Через минуту я вас остановлю. Вы готовы? (Пауза) Теперь называйте как можно больше слов на букву К. (60 сек) Стоп».

Оценка: Один балл дают, если обследуемый называет 11 или более слов за минуту. Запишите результат обследуемого.

9. Абстрактное мышление:

Методика: Просят объяснить, чем похожи предметы в каждой паре. Начинают с примера: «Скажите, чем похожи апельсин и банан». Если обследуемый дает определенный ответ, ему задают следующий вопрос: «А еще чем они похожи?». Если обследуемый не дает ответа «фрукты», говорят: «Да, а еще все это фрукты». Ничего больше не объясняют.

После пробы говорят: «А сейчас скажите, чем похожи поезд и велосипед?». После ответа дайте следующее задание: «А чем похожи часы и линейка?». Не давайте дополнительных указаний и подсказок.

Оценка: Оцениваются только 2 задания после пробного. Дают 1 балл за каждый правильный ответ. Принимаются следующие ответы:

Поезд – велосипед = средства передвижения, транспорт, на них можно ездить;

Линейка – часы = измерительные приборы, используются для измерения.

Не принимаются ответы: поезд – велосипед = у них есть колеса; линейка – часы = на них есть цифры.

10. Отсроченное воспроизведение:

Методика: Дают следующие указания: «Я называл Вам слова и просил Вас их запомнить. Назовите из этих слов те, которые Вы помните». Поставьте галочку в графах, соответствующих словам, которые были названы самостоятельно без подсказки.

Оценка: За каждое названное без подсказки слово дают 1 балл.

Не обязательно:

После самостоятельного вспоминания подсказывают смысловую категорию для всех слов, которые не были названы. Отмечают галочкой соответствующую графу, если обследуемый вспоминает слово при помощи категории или выбирает из нескольких предложенных. Такие подсказки дают для всех слов, которые не были названы. Если обследуемый не вспоминает слово после категориальной подсказки, ему дают выбрать из нескольких слов, например, «Как Вы думаете, какое это было слово: НОС, ЛИЦО или РУКА?»

слово	категория	выбор
ЛИЦО	часть тела	нос, лицо, рука
ВЕЛЬВЕТ	вид материала	бархат, хлопок, вельвет
ЦЕРКОВЬ	строение	церковь, школа, больница
МАРГАРИТКА	цветок	роза, маргаритка, тюльпан
КРАСНЫЙ	цвет	красный, синий, зеленый

Оценка: Слова, названные с подсказкой, не оцениваются баллами. Подсказки используют только для клинической оценки. Они позволяют получить дополнительную информацию о виде расстройства памяти. При нарушениях вспоминания можно улучшить результат подсказкой. При нарушениях запоминания (кодирования) результат не улучшается с подсказкой.

11. Ориентировка:

Методика: Дают следующие указания: «Назовите сегодняшнюю дату». Если обследуемый не дает полный ответ, ему помогают: «Скажите год/месяц/число/день недели». Затем просят: «Назовите

название места, где мы находимся, и этого города».

Оценка: За каждый правильный ответ дают балл. Обследуемый должен назвать точные дату и место (название клиники, больницы, поликлиники). Не засчитывается ответ с ошибкой в дате или дне недели на один день.

Сумма баллов: К сумме баллов добавляют один балл, если обследуемый имеет 12 лет образования или меньше. Максимальное количество баллов – 30. В норме количество баллов – 26 и выше.

Приложение 9

Рекомендации по правильному питанию

Продукты, способные улучшить память:

- чечевица – обеспечивает ясность ума, скорость мышления, не накапливает нитраты и радионуклиды; блюда из чечевицы богаты белком, аминокислотами;
- репчатый лук – способствует лучшему насыщению клеток кислородом;
- чеснок – активирует клетки мозга, улучшает память, препятствует возрастным изменениям – старению мозга;
- рыба – содержит фосфор, необходимый для клеток мозга при напряжённой и длительной работе;
- орехи – ядрышки содержат дофамин – активатор мыслительных процессов;
- брюссельская капуста – повышает способность к концентрации внимания;
- лимоны, грейпфруты – содержат витамин С (антиоксидант), который уничтожает нестабильные молекулы кислорода, ухудшающие память;
- мятный чай – стимулирует участки мозга, ответственные за память.

Чтобы в короткие сроки улучшить память и сохранять ее ясной на долгое время, рекомендуется стабилизировать концентрацию ацетилхолина приемом препаратов холина. Холин должен поступать с натуральными продуктами питания. Большое количество холина содержит капуста (особенно цветная и брокколи), яйца, земляные орехи, рыба, мясо, твердые сорта сыра, печень, молоко, проростки пшеницы.

Кроме холина для синтеза ацетилхолина необходимы витамины: пантотеновая кислота (витамин В₃), фолиевая кислота, витамины В₁₂ и В₁. Этих витаминов не хватает у пожилых людей и у больных с заболеваниями кишечника.

Синтез ацетилхолина будет происходить в том случае, если мозг будет активно задействован, получая достаточный объём информации для размышлений и запоминания. Для этого необходимо нагру-

жать память.

Для интенсивной деятельности клетки мозга нуждаются в поступлении энергии и питательных веществ с током крови. Для этого необходимо эффективное кровоснабжение головного мозга, что даёт активная физическая нагрузка. Также хотя бы 30 минут в день надо посвятить физической тренировке.

Три фактора – правильное питание, физические и интеллектуальные нагрузки в совокупности помогут существенно улучшить память ее до глубокой старости.

Препараты, улучшающие функции мозга

Существуют препараты, оказывающие влияние на интегративные функции мозга, стимулирующие обучение, улучшающие память и умственную деятельность, повышающие устойчивость мозга к агрессивным воздействиям, улучшающие состояние нервных клеток при прохождении по ним импульсов. Называются эти препараты ноотропы. Треть взрослого населения Европы и Японии принимает препараты этой группы. В целом, эта группа препаратов безопасна. Рассмотрим некоторые из них.

Глицин – это аминокислота, способствующая улучшению обмена веществ в мозге. Препарат обладает успокаивающим действием. Применение: нарушение мозгового кровообращения; нарушения памяти, мышления, при старении; вегетативно-сосудистой дистонии. Принимать по 1 табл. 3 раза в день (под язык, рассасывать).

Пирацетам (ноотропил) – улучшает метаболические, биоэнергетические процессы в нервных клетках. Применяется для улучшения умственной деятельности человека, особенно в пожилом и старческом возрасте, вестибулярных нарушениях, сосудистых заболеваниях (инсульт), повышает устойчивость организма к экстремальным воздействиям. Применяется по 400 мг (1 капс.) 3 раза в день в течение 1 мес.

Фенотропил – оказывает выраженное антиамнестическое действие, активизирует интегративную деятельность головного мозга, способствует консолидации памяти, улучшает концентрацию внимания и умственную деятельность, облегчает процессы обучения, повышает устойчивость тканей к гипоксии и токсическим воздействиям, обладает противосудорожным действием, регулирует процессы активации и торможения в центральной нервной системе, улучшает настроения. Средняя разовая доза – 150 мг, средняя суточная доза – 250 мг.

Семакс – улучшает показатели интеллекта и памяти здоровых людей. Показан людям, занятым тяжелым физическим трудом и ответственной работой, требующей высокой сосредоточенности и внимания; при реабилитации пациентов с расстройствами памяти

и моторных навыков в результате мозгового инсульта, вследствие травм головы, при болезнях Паркинсона и Хантингтона. Доза – 10–40 капель в день.

Аминалон – повышает дыхательную активность тканей мозга, улучшает утилизацию тканей мозга, улучшает кровоснабжение мозга. Применяется при недостаточном кровоснабжении мозга. Доза по 500 мг – 1,25 г 3 раза в сутки.

Тенотен – оказывает нейропротективное действие, ограничивает зону повреждения при остром нарушении мозгового кровообращения, нормализует процессы обучения и памяти в центральной нервной системе, оказывает успокаивающее, противотревожное действие, улучшает переносимость психоэмоциональных нагрузок. Применяется по 1–2 табл. 2 раза в сутки.

Мелатонин – существенно продлевает жизнь, обладает мощным антиоксидантным действием, снижает уровень холестерина в крови, повышает иммунитет, является сильным адаптогеном, продлевает активную сексуальную жизнь, купирует проявление климакса, нормализует артериальное давление, помогает при бессоннице и сезонной депрессии. Применяется 1 раз в сутки перед сном в дозе 1 до 10 мг.

Травы, обладающие ноотропным эффектом (эффективность оценивается индивидуально):

- **гинко билоба** – увеличивает кровоток к конечностям и головному мозгу;

- **элеутерококк** – адаптоген, нормализует состояние после стрессов, улучшает умственные способности.

«Натуральные ноотропы»:

- **горький шоколад** содержит серотонин, а это антидепрессант, поддерживает хорошее настроение;

- **крепкий кофе** содержит кофеин, который является стимулятором быстрого действия; возбуждение через 1–1,5 часа сменяется торможением; к кофеину быстро развивается привыкание;

- **очень сладкий чай** содержит сахарозу, которая расщепляется на две молекулы глюкозы; повышает концентрацию внимания и работоспособность; однако эффект не продолжительный.

Рекомендации по тренировке памяти

Важно нагружать память. Изучение иностранного языка, решение задач на логику, разгадывание кроссвордов – все это заставляет «мозги работать», то есть запоминать, вспоминать, думать. Любая деятельность, где приходится обрабатывать большой объем информации, пойдет на пользу для вашей памяти.

Во время работы каждый час нужно делать небольшие перерывы. Можно встать, походить по помещению, сделать несколько физических упражнений. Так мозг будет переключаться с одного вида деятельности на другой, и это пойдет на пользу его функционированию.

Стоит стараться избегать стрессов и переживаний, так как они ведут к снижению внимания и ухудшению памяти.

К стрессам для организма можно отнести и хроническое недосыпание. Для полноценного отдыха мозга очень важно хорошо выспаться каждый день.

Помочь забывчивости поможет органайзер. Сейчас в магазинах представлен большой выбор блокнотов разного размера и цвета, в которых можно фиксировать все важные даты и планировать дела. Это позволяет также «разгрузить голову».

Хорошо тренирует память чтение книг, так как во время чтения работает не только зрительная память, но и моторная, развиваются логическое, ассоциативное, абстрактное мышление. Но для улучшения памяти важно не просто читать, необходимо правильно это делать, с пересказом того, что прочитали, так как больше всего тренируется память в то время, когда вспоминается прочитанное. Полезно во время чтения отмечать детали характеров главных героев, их привычки и тому подобное. После прочтения книги вспоминаются все сюжетные линии. Такая тренировка памяти пойдет на пользу.

Особенность всех гениальных людей – это внимательность к деталям, они могут сразу при встрече с новым человеком увидеть множество мелких деталей и запомнить их. Поэтому для улучшения памяти в пожилом возрасте можно взять на вооружение этот прием и постараться научиться быть внимательнее. Для этого нужно

стараться разглядывать какой-либо выбранный вами предмет очень внимательно и, отметив детали его вида, потом стараться воспроизвести их в своей памяти.

Есть полезное упражнение для улучшения памяти в любом возрасте – заучивание стихов наизусть. Выбирайте любого интересного вам поэта и начинайте наизусть изучать все его творчество. А потом в любое время вспоминайте.

Давно известно, что занятия музыкой благотворно влияют на работу головного мозга. В пожилом возрасте можно петь, самому или в хоре, или начать изучать игру на каком-либо музыкальном инструменте, или все это вместе одновременно. Во время репетиций, заучивания текстов, нот, освоения нового мозг будет получать нагрузку, что положительно скажется на состоянии памяти.

Упражнения для улучшения памяти

Тренируйте наблюдательность

Наблюдая за тем, что происходит вокруг, фиксируйте внимание не только на «главных фигурах», но и на фоне – цветах, звуках, запахах.

Постарайтесь подобрать им наиболее точные определения. Попытайтесь запомнить в мельчайших подробностях свою дорогу до дома – какие вывески Вам попадаются в пути, какого они цвета, что особенного во встречающихся Вам по пути зданиях, деревьях, остановках общественного транспорта и рекламных щитах.

Вспоминайте

В конце недели попробуйте подробно воспроизвести произошедшие события, подумайте о том, что приятного произошло с вами за этот промежуток времени, что принесло удовольствие, а затем прокрутите эти события в обратном порядке.

Постарайтесь пересказать содержание только что прочитанной статьи, книги, фильма.

Учите наизусть

Попробуйте удержать в голове списки дел и покупок. Выучите наизусть весь список лекарств, которые вы принимаете, знайте их дозировку и кратность приема. Попробуйте заучить понравившиеся вам стихи или отрывки из прозы.

При этом старайтесь не механически зазубривать текст, а осмыс-

ленно запоминать его, создавая яркие образы и ассоциации, разбейте его на небольшие отрывки, учите их постепенно. И обязательно верьте в свои силы.

Придумайте историю

Чтобы запомнить перечень дел, событий или предметов, попробуйте связать их в единую историю, которая должна быть последовательна и логична, но вместе с тем может содержать элементы абсурда и преувеличения.

Придумайте сказку о делах на день и не стесняйтесь такого «детского творчества». Этот способ подходит людям любого возраста.

Запомните расположение

Запоминая тот или иной список предметов, попробуйте вообразить, как они расставлены на знакомой улице, в Вашей квартире или где-то еще. Затем еще раз мысленно пройдите весь маршрут и рассмотрите все, что Вы там расставили.

Когда Вам нужно будет воспроизвести нужные слова – просто ходите и собирайте их.

«Каждый охотник...»

Движение необходимо для хорошего состояния нервной системы. Чтобы отлично мыслить и сохранять душевное равновесие, необходимо двигаться.

Эта поговорка, помогающая запомнить порядок и название цветов радуги – хорошая иллюстрация еще одного способа запоминания длинных списков или номеров телефона.

Если вы хотите запомнить цифровой ряд, придумайте фразу, каждое слово которой начинается с той же буквы, что и соответствующая цифра. Цифра «девять» начинается на ту же букву, что и цифра «два», поэтому цифру «девять» следует обозначать по второй букве («е»). Цифру «1» можно обозначать как буквой «о» («один»), так и буквой «р» (раз).

Итак, номер 1117032 можно запомнить как «Разве охотник отпустит свой новый трофей домой?»

Причем ваша фраза должна ассоциироваться с тем местом, куда вы звоните, так что можно включить в нее имена знакомых или названия организаций.

Память необходимо тренировать, чтобы она не ослабла. В этом

поможет осмысленное запоминание информации – во время прогулки, формирования списка дел или просмотра телефонной книжки.

Тренировка памяти с утра

Вот несложные упражнения, которые можно делать лежа в постели после пробуждения, в течение 7–10 минут, произнося вслух или про себя.

1. Произносите по очереди буквы алфавита, придумывая на каждую из них слово. Если возникнут затруднения, пропустите эту букву и двигайтесь дальше.

2. Обратный счет: как можно быстрее сосчитайте от 100 до 1.

3. Назовите 20 женских имен, присваивая порядковый номер (например, Анна-1, Барбара-2, Вера-3...).

4. Прodelайте тоже с мужскими именами.

5. Назовите по порядку алфавита 20 названий продуктов (арбуз, баклажан, вобла, гуляш...).

6. Сосчитайте до 20 на любом иностранном языке.

Физкультура в старшем возрасте

Подбор нагрузки для пожилого человека всегда производится строго индивидуально. Для этого учитывается возраст, опыт занятий физической культурой в прошлом и **наличие хронических заболеваний** в настоящем. Они могут стать как показаниями к назначению курса лечебной физкультуры, так и противопоказаниями.

Занятия лечебной физкультурой для пожилых людей должны быть регулярными. Но при этом необходимо осуществлять постоянный **контроль самочувствия**.

Если выполнение даже совсем простого и легкого упражнения вызывает дискомфорт, от него лучше на время отказаться и проконсультироваться со специалистом.

Лечебная физкультура – для всех

Если люди пожилого возраста никогда не занимались спортом, для поддержания физической активности им лучше всего подойдет лечебная физкультура. Для того, чтобы этом возрасте человек мог себе позволить более серьезные нагрузки, у него должен быть приличный спортивный стаж.

Лечебная физкультура – это не просто умеренная двигательная активность. Основная ее цель – помощь в лечении различных хронических заболеваний. И не только опорно-двигательного аппарата, но и, например, сердечно-сосудистой системы.

Дыхательная гимнастика и йога

Физкультура для пожилых людей характеризуется отсутствием интенсивных и продолжительных физических нагрузок. Подходят восточные гимнастики.

В Китае есть даже специальное направление гимнастик для пожилых, и каждое утро на улицах городов можно увидеть группы людей преклонного возраста, которые собираются для занятий.

В пожилом возрасте у людей чаще встречаются случаи остеопороза и увеличивается риск переломов. Поэтому им хорошо подходят методики, помогающие поддерживать в работоспособном состоянии опорно-двигательный аппарат.

Дыхательная гимнастика и упражнения на растяжку хорошо вли-

ают на состояния всего организма в целом. Есть даже направления йоги, специально адаптированные для пожилых людей.

Поддерживаем сердце

Методики лечебной физкультуры хорошо помогают в лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы, часто встречающихся у пожилых людей в этом возрасте: гипертонической болезни и ишемической болезни сердца. Для более эффективного укрепления сердечно-сосудистой системы у пожилых людей можно использовать циклические и динамические нагрузки.

Для более молодых людей – это пробежки, катание на велосипеде, занятия на велотренажерах или плавание, а у пожилых нагрузки такого же характера – ходьба, ежедневные прогулки и при хорошей общей спортивной подготовке – пробежки. Но с бега занятия физкультурой в преклонном возрасте начинать нельзя.

От чего лучше воздержаться?

Пожилым людям стоит воздержаться от силовых тренировок. Они не только травмоопасны, но в таком возрасте и не нужны. Активность мышц у стареющих людей снижена, и их рост затруднен. Нагрузка для пожилого человек подбирается индивидуально.

Физические нагрузки, рекомендуемые лицам пожилого возраста:

1. Утренняя зарядка в течение 15–20 минут с соблюдением правильного дыхания.

2. Ходьба, пешеходные прогулки. Прежде, чем приступить к физическим упражнениям, необходимо посоветоваться с врачом. Ходьба должна быть быстрой, только тогда она будет иметь тренирующий эффект. Почему пожилым людям (да и не только пожилым) следует стараться больше ходить? Во-первых, при ходьбе, как и при всяком физическом упражнении, мышцы совершают работу, организм расходует энергию, тратит энергетические вещества. Установлено, что при ходьбе расходуются главным образом углеводы и жиры. А у многих намечается склонность к накоплению жира. Время для прогулки предпочтительно утреннее, но неплохо пройтись и вечером, особенно для тех, кто страдает бессонницей. Пожилым людям, склонным к полноте, следует прогуливаться и после обеда.

3. Для более тренированных людей полезны занятия плаванием,

футболом, теннисом, ходьба на лыжах, упражнения на растягивания мышц. Занятия лыжным спортом регулируют артериальное давление крови, понижая его, если у человека оно несколько повышено. Огромно влияние лыжного спорта на дыхательную систему.

Основные правила оздоровительных физических тренировок:

- систематичность;
- постепенное увеличение нагрузок;
- индивидуальный подбор физических упражнений и нагрузок с учетом возраста и сопутствующих заболеваний.

Учебное издание

Соловьев Андрей Горгоньевич
Попов Владимир Викторович
Новикова Ирина Альбертовна

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТОЙСТВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Учебно-методическое пособие

Редактор *Н.Н. Коноплева*
Компьютерная верстка *Я.С. Шестаковой*

Подписано в печать 12.04.2016.
Формат 60×84^{1/16}. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Печать ризография.
Усл. печ. л. 9,3. Уч.-изд. л. 5,8.
Тираж 100 экз. Заказ № 1673

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51
Телефон 20-61-90. E-mail: izdatel@nsmu.ru