

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Протокол № 5 от 24.09.2020

**Клиническая оценка симптоматики психических нарушений в позднем
возрасте на основе биопсихосоциального подхода**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2020

УДК: [616-07:616.899-053.9]-07 (075.4)

Клиническая оценка симптоматики психических нарушений в позднем возрасте на основе биопсихосоциального подхода: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Л.С. Круглов. – СПб.: / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020. – 22 с.

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор-составитель: Круглов Л.С.

Рецензент: Михайлова Н.М. – ведущий научный сотрудник отдела гериатрической психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», д.м.н.

Аннотация

Психиатрические аспекты позднего периода жизни известны определенным своеобразием. Последнее относится к возможным характерологическим изменениям, возрастному когнитивному снижению, далеко необязательно переходящему в деменцию, специфике взаимоотношений с окружающими, а также самой феноменологии психических нарушений. Хотя подобные особенности давно констатируются в геронтопсихиатрической литературе, анализ их причин с позиций биопсихосоциального подхода остается недостаточно освещенным. В настоящих рекомендациях сделана попытка раскрытия многочисленных внутренних взаимосвязей отдельных компонентов основных блоков факторов, существенных при реализации данного подхода. Тем самым создается основа выбора наиболее корректных вариантов комплексной терапии пожилых психически больных. Методические рекомендации предназначены для врачей-психиатров.

ISBN 978-5-94651-073-8

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
РАЗВИТИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ	4
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ТРАНСФОРМАЦИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПОЖИЛЫХ	8
СИСТЕМАТИКА БИОЛОГИЧЕСКИХ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ РАЗВИТИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ.....	11
НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА И ИХ ДЕТЕРМИНИРОВАННОСТЬ В РАМКАХ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ	15
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	20
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	21
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	22

Клиническая оценка симптоматики психических нарушений в позднем возрасте на основе биопсихосоциального подхода

Л. С. Круглов

ВВЕДЕНИЕ

Широко известно, что современность характеризуется неуклонным ростом продолжительности жизни с соответствующим увеличением доли пожилого населения. В промышленно развитых странах последняя обычно составляет около одной пятой или несколько выше. Наряду с несомненной общегуманистической положительной оценкой данного факта, нельзя не отметить, что подобная возрастная динамика ставит на повестку дня и ряд новых проблем медико-социального характера. В конечном счете они сводятся к обеспечению полноценности данного периода жизни человека, а не просто достижения высоких показателей ее продолжительности.

Это, в частности, касается борьбы с психическими нарушениями старости, которые отличаются некоторой специфичностью по сравнению с иными разделами психиатрии и в отношении которых данный возраст создает определенную уязвимость. Не случайно в данной связи выделение геронтопсихиатрии в отдельное направление с созданием соответствующих научных и клинических подразделений, а также специальных руководств по ведению подобных пациентов.

Биопсихосоциальный подход за последние 30 лет постепенно заслужил место важнейшего как в разрешении вопросов развития заболеваний, так и их лечения. Соответственно, представляется чрезвычайно важным следование ему и при оценке психической патологии позднего возраста. При этом, несмотря на то, что в действующей на настоящий период времени Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) отсутствует специальный раздел, посвященный данной патологии, последняя безусловно находит отражение в многочисленных рубриках данной классификации, касающихся органических, аффективных и психотических нарушений.

Развитие и методологическое обоснование биопсихосоциальной концепции

Формирование данной концепции связано с именем G. Engel [28], который стал отстаивать целостный (холистический) подход к пациенту в период, когда во многих медицинских исследованиях появилась тенденция к увлечению специальными, узконаправленными методами. Причем, строго говоря, это относилось не только к разработке биологических основ понимания болезней, но и к проходившим тогда активное внедрение медико-психологическим представлениям. Но сам

автор биопсихосоциальной концепции в первую очередь подверг критике именно доминирование исследований патофизиологических механизмов развития болезней.

В этой связи он, прежде всего, отметил возможность разнообразных психосоматических процессов, которые определяют вероятность развития патологии в не меньшей степени, чем биохимические процессы и структурные изменения. Последние могут стать результатом длительных стрессовых воздействий и, в конечном счете, во многом определяться именно ими, что необходимо учитывать в ходе лечения.

Кроме того, изменения биологических процессов не дают непосредственного ключа к пониманию того, что же в конечном счете приводит к развитию тех или иных симптомов и какие навыки должны развиваться врачом для борьбы с заболеванием. В частности, значение психотерапевтического воздействия в ситуациях, казалось бы, связанных с органическими изменениями тех или иных органов, а также объективное существование плацебо-эффекта медикаментозных средств ясно указывают на важное значение лечебных факторов, находящихся за пределами чисто биологических воззрений. В этом плане G. Engel справедливо указывал на роль складывающихся взаимоотношений пациента и врача, а также применяемой методики исследования как условий, которые могут повлиять на результаты терапии.

В качестве концепции корректного подхода к медицинской деятельности в рамках биопсихосоциальной модели, в частности, отвергается оценка болезни как характеризующейся прежде всего телесными изменениями, которые должны стать объектом наиболее пристального внимания клиницистов. В конечном счете последнее нередко приводило к дегуманизации медицины, когда врач терял чувство сострадания к пациенту, рассматривая его как механический объект, нуждающийся в коррекции своей работы. В итоге возникали ситуации ухудшения состояния, которые, по сути, имели иатрогенный характер.

Идеи G. Engel находятся в полном соответствии с принципами реорганизации медицины на основе системного подхода [36]. В этой связи необходимо отметить, что лишь незначительную часть заболеваний можно считать однозначно причинно обусловленными одним фактором. Последний проявляет свое действие только при наличии комплекса других условий и зачастую бывает сложно построить иерархию подобных воздействий, хотя в наше время этому помогает и математико-статистический аппарат медицинских исследований. Более очевидный однозначный характер причины и следствия наблюдается, в частности, в инфекционных процессах, однако и там значение иммунитета высоко, что получило отражение в последствиях синдрома дефицита последнего. Гораздо менее однозначной становится роль разных неблагоприятных воздействий при возникновении сердечно-сосудистой патологии, где оказываются задействованными и наследственные, и эндокринные, и стрессовые механизмы. Причем последствия влияния одних факторов становятся в дальнейшем причиной проявления других, что получает отражение в хорошо известных представлениях о «порочных»

кругах в патогенетических механизмах болезней. Такие комплексы были в свое время обозначены как модели «циркулярной причинности» [32] и в дальнейшем изложении будут приведены примеры их роли при психической патологии позднего возраста.

Существует и комплекс «непредсказуемых», эмерджентных (англ. *emergency*) элементов систем, и целью врача должно быть распознавание набора факторов, которые могут поддаваться коррекции и тем самым привести к по крайней мере частичному регрессу проявлений заболевания и профилактике его осложнений [30]. Одновременно важным является и понимание клиницистом иерархической структуры подобных факторов (структурная модель причинности), позволяющая ответить на вопросы о наиболее значимых для текущего момента компонентах системы, сосредоточении именно на них терапевтического воздействия, выделении в нем наиболее безопасных и первостепенно значимых для пациента вариантах.

Основные положения биопсихосоциальной концепции сложились в конце 70-х и в 80-е годы прошлого века [27, 28, 39]. Однако до сих пор эта концепция нуждается в отстаивании своих позиций в сложных дискуссиях с представителями направлений, основанных на придании большего значения в развитии болезни более узким группам факторов. Среди подобных направлений представлены, с одной стороны, исследования, затрагивающие детали биологических изменений у пациентов, а с другой — подробный анализ особенностей психосоциальных влияний, с которыми они сталкиваются в своей жизни и которые также способны привести к развитию тех или иных форм патологии.

Данная ситуация, естественно, в первую очередь ставит на повестку дня вопрос о методологической корректности того или иного варианта подхода к проблеме. Очевидно при этом, что справедливость выдвигаемых той или иной теорией положений следует искать, прежде всего, именно в ее обоснованности с позиций общефилософских представлений. Нередко называемые сторонниками биопсихосоциальной модели «редукционалистскими» (то есть сокращающими, ограничивающими круг учитываемых факторов) воззрения в особенности предусматривали примат биологических механизмов заболевания по сравнению с психосоциальными. Философским обоснованием такой позиции нередко обозначался дуализм Р. Декарта в плане разграничения явлений, касающихся «души и тела» с последующим сосредоточением внимания на втором, ввиду большей степени доступности объективным методам исследования. Однако, по мнению ряда авторов, в частности А.Б. Холмогоровой и О.В. Рычковой [22], подобная оценка роли известного философа не совсем справедлива.

И действительно, этот выдающийся мыслитель (один из тех, кто подготовил в XVI–XVII вв. почву для развития современного естествознания) отнюдь не утверждал преобладающую доступность для исследования человеческого организма в материальном его аспекте («тела») в противовес вопросам, касающимся суждениям, умозаключениям, а также эмоциональному состоянию индивидуума и его сознанию в целом [2]. Более того, процесс мышления выдвигался им как

важнейший для познания, а опыту отводилось существенно меньшее место. И в качестве истины Декарт признавал лишь само мышление. Также и в целом, фактически в крайней степени, «душевные» (психические) процессы представлялись ему наиболее ясными и достоверными и даже не требующими обоснований и доказательств. Далее Декарт писал и о «врожденных» идеях, которые определяют схожесть мыслительного процесса у разных людей, их способность приходить к одним и тем же заключениям, появлению общих представлений в процессе рассуждения. Отсюда достаточно очевиден вывод о возможности изучения этого процесса и, следовательно, познаваемость мышления, душевных явлений и сознания в целом.

Способствующие «биологическому редукционализму» положения скорее можно найти у оппонента Декарта — Джона Локка, который отстаивал философскую позицию «сенсуализма» [5]. Именно данное направление исходило из решающей роли ощущений в познавательном процессе. При этом определенное значение рассуждения на базе сенсорного компонента сохранялось, но некоторые варианты так называемых «простых идей», по мнению Дж. Локка, даже могут сформироваться без участия мышления, фактически только на основе ощущений. Исходя из таких представлений, преобладающая значимость исследований биологического, «телесного» плана, как кажется, становится очевидной.

При этом, однако, следует отметить, что если Декарту был свойственен известный дуализм в плане разделения «души» и «тела» с приданием большей значимости первому, то определенные противопоставления базисных категорий присутствуют и в позиции «сенсуалиста» Локка. Так, им выделяются в материальных предметах первичные (протяженность, плотность, форма) и вторичные (цвет, вкус, запах) свойства. Отсюда может возникнуть представление о неодинаковой доступности этих групп качеств для исследования, а также о зависимости представлений о вторичных свойствах предметов от субъективной оценки исследователем.

В последнем плане представляет интерес позиция Ф. Бэкона [21]. Констатируя значимость накопления достаточного количества фактических данных в ходе научного исследования, он одновременно отмечал различные постоянно действующие причины субъективности в науке. Подобные причины были обозначены им «идолами», искажающими окончательные заключения в процессе познавательной деятельности. В частности, Бэкон выделяет «идолы рода» (т.е. особенности человека как биологического субъекта), обуславливающие несовершенство сенсорного аппарата человека, что вносит известную искаженность объективной картины мира; «идолы пещеры», связанные с господствующими представлениями в той или иной научной школе и затрудняющие выдвигание исследователем нового знания; «идолы площади», обуславливающие разногласия в терминологии и понятиях, и т.п. При этом данный мыслитель отмечает и недостаточное понимание учеными конечной цели своей работы. В свою очередь, в качестве подобной цели Бэкон выделяет практическую пользу получае-

мых данных. Очевидно, что это положение имеет особое значение в медицинских дисциплинах.

Вместе с тем в своей классификации наук и ее разделе «Учение о человеке» Ф. Бэкон разделяет «учение о теле» и «учение о душе». Медицину он относит к первому, отводя для нее, в том числе, задачу продления жизни за счет лечения болезней, что, конечно, представляет интерес. Однако «учение о душе», которое, по мнению философа, должно касаться фактов, относящихся к сознанию человека в широком смысле слова, оказывается оторванным от вопросов собственно биологии человека.

Решающим в оценке полезности того или иного философско-методологического подхода для построения научно обоснованной концепции является степень всесторонности охвата им проблемы, т. е., фактически, приверженности диалектическому методу. Последний, как известно, включает рассмотрение явлений во взаимосвязи с существенными для них факторами и в динамике своего развития, что и составляет «внутренний стержень» процесса познания. В этой связи следует отметить, что корректный синтез всех перечисленных философских позиций несомненно стал основой развития естествознания в целом и отдельных его отраслей, включая медицинскую науку в частности. Еще в XVII в. Б. Спиноза отверг разрыв телесных и психических процессов, рассматривая их как свойства единой «субстанции» [21]. В дальнейшем, также проявляя элементы диалектики в своем мировоззрении, П. Гольбах провозгласил: «человек не машина» и подчеркнул сложность функционирования организма и его зависимость от широкого круга влияний [12]. Ему же принадлежит тезис о необходимости опоры в научном познании на фактический материал («гипотеза — не факт»). Кроме того, П. Гольбах говорил и о «данности» материи в ощущениях и эта линия впоследствии была продолжена в трудах И. Канта [16].

Биопсихосоциальные основы трансформаций психической деятельности у пожилых

В целом, основные характеристики симптомов и синдромов психических расстройств сохраняют значение в своих дефинициях применительно к пациентам позднего возраста. Однако в плане типичных качественных их особенностей, а также преимущественной распространенности тех или иных вариантов нарушений имеется определенная специфика, которая уже давно отмечалась ведущими геронтопсихиатрами [1, 24].

Рассматривая данный вопрос в рамках современного методологического подхода, базирующегося на учете биологических, психологических и социальных факторов в развитии болезней, который получил отражение и в психиатрической литературе [14], необходимо выделить в этой связи следующие группы воздействий.

1. Особенности физиологической деятельности центральной нервной системы в старости. В сугубо общем виде они сводятся к снижению силы, подвижности

и уравновешанности процессов возбуждения и торможения. Несмотря на отмеченный общий характер подобных изменений, легко заметить, что они получают постоянное отражение в тенденциях динамики показателей когнитивного функционирования и личностных особенностей с наступлением позднего возраста. Даже при отсутствии проявлений умеренного когнитивного расстройства или, тем более, деменции, острота внимания, его устойчивость, переключаемость и объем, а, в конечном счете, и возможность качественного запечатления информации снижаются по сравнению с уровнем, характерным для молодого и среднего возраста. Появляются явления повышенной истощаемости, снижения работоспособности, в особенности заметные при выполнении умственной работы (физическая утомляемость при этом вполне понятна, исходя уже из возраста) Имеет место повышенная чувствительность, которая выливается в проявлениях обиды по незначительному поводу, гнева, вслед за которыми следует длительный период сосредоточенности на вызвавших их темах.

2. Фактор «накопления» соматической отягощенности. Известно, что в целом физическая болезненность населения с возрастом увеличивается. Существует ряд заболеваний вообще характерных только для данного периода жизни. К ним, в частности, относятся патологические явления, затрагивающие работу зрительного и слухового анализаторов (глаукома, катаракта, неврит слухового нерва), имеющие низкий уровень курабельности и часто приводящие к явлениям сенсорной депривации, потенцирующей социальную изоляцию, описываемую в дальнейшем в психологическом блоке негативных факторов старости.

К стойким негативным влияниям соматического порядка относятся и рост частоты сахарного диабета у пожилых за счет его второго типа, увеличение с возрастом распространенности сердечно-сосудистых заболеваний. Наряду с общеослабляющим воздействием на физические возможности человека, что само по себе является субъективно неприятным, эти расстройства приводят к необходимости систематического приема лекарств (в известном субъективном смысле — «привязанности» к ним), что вновь создает определенную потенцирующую «точку пересечения» с факторами психологического порядка.

При этом формируется и общий биологический комплекс «уязвимости» пожилых, который проявляется измененной фармакодинамикой и фармакокинетикой назначаемых медицинских препаратов, повышенным риском токсических реакций, особенно в случаях «полипрагмазии» из-за множественной соматической патологии.

3. Неблагоприятные психологические влияния, связанные с наступлением периода позднего возраста. Прежде всего они связаны с неизбежными в той или иной степени размышлениями о приближающемся завершении жизни. В этой связи перед индивидуумом могут возникать вопросы о степени свершившейся самореализации, полноты пройденного жизненного пути. В сочетании с особенностями конституционально-личностных черт они формируют общую картину мироощущения в данный период и далеко не всегда отличаются позитивной окраской.

Частым напоминанием конечности человеческого существования становятся болезни и уход из жизни близких, членов семьи, сверстников. Сужение круга общения из числа лиц собственного поколения, особенно при дефиците внимания со стороны представителей следующего, становится источником чувства одиночества, а иногда и ощущения «брошенности», ненужности для окружающих [3, 11]. Объективные тенденции и в целом могут способствовать известному ограничению круга общения, тематика переживаний, связанных с этим обстоятельством, во многом доминирует в размышлениях пожилых, дополнительно способствуя развитию ситуации одиночества, которое применительно к пожилым людям должно рассматриваться в более широком плане. Это не только конкретное отсутствие близких и даже не ситуация раздельного проживания от молодых членов семьи. Более существенным является осознанное одиночество в связи с непониманием или откровенно конфликтными микросоциальными взаимоотношениями. Именно эти неблагоприятные условия нарушают адаптацию к естественному с возрастом ограничению контактов. Сочетаясь с приведенным выше первым блоком неблагоприятных факторов старости, а конкретно — личностными изменениями, характерным для этого возрастного периода, эти переживания дополнительно потенцируются, что, в первую очередь сказывается на общем аффективном фоне пожилых людей, подверженных указанным воздействиям.

4. Изменения жизненного стереотипа в связи с выходом на пенсию, особенно в ситуации отсутствия компенсаторной «наполняемости жизненным содержанием» за счет сохраняющейся роли в семье.

Прекращение трудовой деятельности, как показывают данные соответствующих специальных медико-социальных исследований, действительно не всегда оказывают однозначно негативное влияние на мироощущение пожилых. Очевидно, что во многом это определяется широким комплексом изначальных личностно-психологических установок, содержательной значимостью выполняемой трудовой деятельности, ощущением постоянного профессионального роста и возможности передать накопленный опыт новому поколению. В этой связи представляют интерес данные Ю. И. Полищука с соавт. [17, 18], которые установили в период трансформации экономических отношений в нашей стране и возрастания степени конкурентных взаимоотношений между сотрудниками в трудовых коллективах наибольшую напряженность этого процесса для представителей старшего поколения. В результате существенно снизился уровень переживаний последних по поводу перехода от продолжения трудовой деятельности к систематическому получению социальной поддержки. В то же время восстановление относительной стабилизации в этом аспекте вновь поставило вопрос о реакции личности на выход на пенсию примерно в прежнее положение. Очевидно, что негативное значение последнего действительно существенно главным образом в ситуации отсутствия возможности компенсаторного переключения на важную роль индивидуума в семье, в кругу близких, что вновь ассоциируется с приведенным выше «психологическим» блоком факторов.

Систематика биологических, психологических и психосоциальных факторов, определяющих развитие психических расстройств в позднем возрасте

В рамках современного методологического подхода, базирующегося на учете не только биологических, но также психологических и психосоциальных факторов в развитии психических болезней, применительно к периоду позднего возраста могут быть выделены главные составляющие подобных воздействий. Один из вариантов их систематизации, который использован в данном разделе, сформулирован А. П. Коцюбинским [8].

Базовые биологические характеристики. Данные характеристики прежде всего затрагивают значение **генетического фактора**. Следует отметить, что при возрастных, в том числе сосудисто-нейродегенеративных процессах, влияние данного фактора реализуется разными путями. Хорошо известна определенная роль наследственности в возникновении сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе тех из них, которые одним из своих результатов имеют негативное влияние на церебральное кровообращение. Очевидно, что в особенности это относится к гипертонической болезни и атеросклерозу мозговых, а также каротидных и вертебро-базиллярных, сосудов. Кроме того, к настоящему времени известна негативная роль для риска цереброваскулярной патологии и гипотонических состояний, а также последствий ишемической болезни сердца в виде аритмических нарушений, сосудистых осложнений сахарного диабета, склонности к тромбообразованию. Между тем во всех этих случаях значение наследственной отягощенности постоянно подтверждается клинической практикой и данными литературы [15, и др.]. При этом иногда влияние данного фактора реализуется непосредственно биологическими механизмами, а может быть опосредовано и механизмами наследственной передачи определенных личностных особенностей в виде повышенной тревожности, возбудимости, склонности к фиксации на отрицательных эмоциональных переживаниях, которые в свою очередь способствуют пагубным вегето-сосудистым реакциям и фактически пересекаются с психологическим фактором.

Несомненно определенное значение наследственной отягощенности и при собственно нейродегенеративных процессах, среди которых в плане сопряженности с поздневозрастными изменениями следует прежде всего упомянуть болезнь Альцгеймера. При этом «семейные» случаи заболевания главным образом регистрируются при так называемом варианте с ранним началом данной патологии. Последний характеризуется злокачественной прогрессивностью при том, что начало болезни относится к периоду все еще достаточной трудовой активности пациентов и их жизненного функционирования в целом. Результатом этого является особо негативное влияние когнитивного снижения на психологическое состояние больных, возможность вторичных депрессивных состояний, тем более что по крайней мере на ранних этапах болезни критика к его разрушающему влиянию остается сохранный. Таким образом, фактически, и здесь имеются

определенные «пункты пересечения» с психологической частью биопсихосоциальной модели.

Особое место в ее комплексной структуре при патологии позднего возраста занимает **органический фактор**. Известно, что даже при отсутствии клинически значимых структурных изменений у лиц позднего возраста достаточно вероятно возрастное ухудшение когнитивного функционирования, а также характерологические изменения, во многом связанные со спецификой функционирования основных нервных процессов в старости.

Эти изменения деятельности ЦНС могут отражаться в негативных тенденциях динамики показателей когнитивного функционирования и личностных особенностей с наступлением позднего возраста. В результате формируется комплекс когнитивных и личностных изменений, характерных для пожилых. В характерологическом плане подобный комплекс обычно проявляется заострением тех особенностей, которые были свойственны данному индивидууму до наступления старости. Однако возможен и вариант видоизменения личности с появлением несвойственных для нее черт, что в большей степени позволяет предполагать тенденцию к сугубо патологическим изменениям.

Вместе с тем рассматриваемый этап жизни характеризуется не только подобными, по сути органическими, трансформациями. Возрастное снижение компенсаторных реакций, затрагивающие функционирование практически всех органов и систем организма, касается и ЦНС. В результате, патологические процессы, которые в молодом и среднем возрасте могут протекать по регрессионному типу, т.е. с редукцией большей части своих проявлений, в данном случае приводят к отчетливым остаточным церебрально-органическим изменениям. Это, прежде всего, касается динамики экзогенных форм психической патологии, связанной с такими воздействиями, как черепно-мозговые травмы, тяжело протекающие инфекции и интоксикации, а также соматогенные влияния. В данной связи следует, в частности, отметить, что и церебрально-сосудистый патологический процесс, который, как хорошо известно, в последнее время часто констатируется у людей среднего, и даже молодого, возраста, к органическим изменениям ЦНС приводит все же скорее у пожилых.

Наряду с изложенным необходимо подчеркнуть, что рассматриваемый органический фактор может играть разную роль в формировании клинических проявлений психической патологии позднего возраста. В одних случаях речь идет о патогенетическом влиянии с развитием собственно органических нарушений, входящих в круг расстройств рубрики F06 классификации МКБ-10. В других же, эти органические изменения составляют тот фон, на котором развиваются иные психопатологические нарушения. При этом он может оказывать патопластическое влияние на последние, либо создавать условия повышенного риска их возникновения.

Предметом постоянного внимания исследователей остаются возможные компоненты **иммуно-эндокринного фактора** развития психической патологии позднего возраста. Отражением этого является то, что во многих руководствах

прошлого подобные нарушения обозначались как «инволюционные» и даже конкретно «климактерические», что неизбежно затрагивало вопрос о гормональных и нейрогормональных изменениях. К настоящему времени указанная терминология практически исчезла со страниц психиатрической литературы, но вопрос о сущности биохимических процессов, составляющих условно нормальные и патологические процессы старения, не потерял свою значимость. При этом уровень технической оснащенности соответствующих исследований существенно повысился, а сами эти исследования стали затрагивать не только хорошо известные гормональные субстанции, но и те вещества, значение которых стало обозначаться лишь в последние годы. К подобным субстанциям, в частности, относятся нейротрофины (в особенности мозговой нейротрофический фактор — BDNF) и основные компоненты окислительного стресса. Причем, если в отношении BDNF установлено его снижение в процессе просто старения и динамики сосудисто-нейродегенеративных процессов [35, и др.], то окислительный стресс в ходе этих изменений активизируется [4, и др.].

В блок биологических факторов, существенных для развития психических нарушений, обоснованно включить и соматические изменения (частично — физиологические, но часто влекущие за собой и болезненные отклонения в телесной сфере) у пожилых пациентов, о которых выше уже было сказано в аспекте «накопления» в старости проявлений соответствующей отягощенности. Вместе с тем их влияние носит, во многих случаях, опосредованный характер. Речь идет не только об общем астенизирующем воздействии, которое способствует психическим нарушениям. Подобное опосредованное влияние может реализовываться и через психологические и социальные последствия соматических заболеваний для пациентов.

Значение преморбидных характеристик темперамента и личности в плане риска возникновения психопатологии в позднем возрасте. В числе преморбидных характеристик в целом одно из ведущих мест занимают психопатологический и психосоматический диатезы [7].

Первый из них, применительно к возрастным процессам, представлен, в частности, особенностями реагирования на внешние факторы. Чрезмерные возбудимость и тревожность, склонность к застойным эмоциональным реакциям, выходящая за рамки полезной для самого индивидуума и окружающих точность и требовательность (как к себе, так и к окружающим) создает условия повышенного риска сосудистой патологии и реализации ее психосоматических механизмов. Наряду с этим затяжной характер стрессовых переживаний, формирование под их влиянием депрессивных состояний, не подвергающихся своевременному лечению, в конечном счете способствует переходу функциональных нарушений в явления нейродегенерации.

При этом значительно выраженные в преморбиде личностные особенности (включая собственно расстройства личности) после наступления позднего возраста могут характеризоваться двумя вариантами тенденций дальнейшей динамики.

1. Гармоничным, отличающимся некоторым сглаживанием акцентуированных личностных черт. При этом варианте, по мере накопления жизненного опыта,

постепенно приобретаются навыки адаптации во взаимоотношениях с окружающими и разрешения соответствующих конфликтов.

2. Дисгармоничным, при котором предшествующие личностные особенности усугубляются за счет своего возрастного заострения. Это прежде всего относится к паранойяльной акцентуации и соответствующему расстройству личности, сверхценные построения в структуре которых могут усилиться, а впоследствии даже стать основой для бредового психоза позднего возраста.

В условиях действия описанных выше неблагоприятных психологических и психосоциальных факторов старости вопрос о невротических состояниях в позднем возрасте достаточно значим. Причем из-за того, что действие подобных факторов редко удается устранить, невротические состояния имеют склонность к затяжному течению и переходу в более тяжелые формы психопатологии, прежде всего в поздневозрастные депрессии. Последнее чрезвычайно важно учитывать в процессе курации подобных больных, поскольку указанная трансформация болезни предопределяет и необходимость изменений в терапевтическом подходе (например, более активное использование антидепрессантов, а не широко используемых при неврозах анксиолитиков).

Сама же аффективная патология (прежде всего — депрессия), развившаяся в старости, нередко характеризуется преморбидом не с циклотимическими чертами, а с проявлениями эмоциональной лабильности с разными оттенками. В частности, в анамнезе подобных больных часто присутствует акцентуация истерического, возбудимого или психастенического типов.

Когнитивные и личностные изменения, связанные с сосудисто-нейродегенеративными процессами, в определенной степени требуют и дифференциации с шизофреническими проявлениями. Как известно, имеют место случаи, когда впервые данное заболевание выявляется у пожилых. Однако, по сути, в этих ситуациях пациент уже давно обнаруживает определенные шизофренические изменения, охватывающие главным образом осевую симптоматику болезни. Эти явления («шизофренический диатез») выражены относительно незначительно, существенно не влияют на поведение больных и не сопровождаются острыми симптомами, которые бы приводили к госпитализациям и попаданию больного в сферу наблюдения со стороны психиатров. Вместе с тем последнее все же происходит, но только с наступлением позднего возраста. В таком случае корректнее, как представляется, говорить не о «поздней шизофрении» как таковой, а о поздней манифестации, т. е. позднем проявлении шизофренического процесса.

Следует также отметить, что соматическая отягощенность в позднем возрасте, описанная в предыдущем разделе, затрагивает, в том числе, и круг заболеваний, имеющих все же в своей основе факторы психологического порядка. Тем самым предопределяется и насыщается конкретным содержанием понятие «психосоматического диатеза» применительно к лицам, находящимся в данном периоде жизни.

Неблагоприятные психологические и психосоциальные факторы, связанные с наступлением позднего возраста. Эта группа факторов объединяет в себе комплекс негативных воздействий в позднем возрасте размышлений о прибли-

жающемся завершении жизни, болезнях и смертях близких и сверстников, возможном формировании чувства одиночества и трудностей адаптации к изменяющемуся жизненному стереотипу.

Вместе с тем при рассмотрении значения психологических и психосоциальных факторов в возникновении психической патологии у пожилых известный интерес представляют некоторые менее известные подходы к подобным вопросам. Среди них целесообразно выделить более подробно освещавшиеся в последние десятилетия психоаналитические трактовки возрастных переживаний. В частности, следует отметить специальное внимание, которое уделил возрастным аспектам один из ярких представителей этого направления Е. Н. Erikson [29]. Им разрабатывался широкий холистический взгляд на развитие индивидуума, вышедший за пределы чисто психоаналитических представлений о первостепенной роли сексуальности детского возраста в механизмах психических расстройств, наблюдаемых в дальнейшей жизни.

Выделяя в общей сложности восемь стадий человеческого развития, автор к последней из них отнес именно период, наступающий на седьмом десятке жизни, т. е. фактически на этапе наступления пожилого и старческого возраста, как он обозначается в современной геронтологической литературе. Е. Н. Erikson подчеркивает, что, находясь на завершении жизненного пути, человек может либо ощущать чувство удовлетворенности и покоя, являющиеся результатом целостности пройденного пути и сформировавшейся собственной личности, или испытывать душевный дискомфорт от непоследовательности и хаотичности совершенных поступков. При этом неудачи на предшествующих стадиях развития потенциально могут приводить и к удручающим результатам на последующих, либо успех на дальнейших этапах компенсирует «провалы» предшествующего. Очевидно, что последний вариант «исправления ситуации» не всегда оказывается возможным, что обусловлено изменяющимся возрастным статусом как в биологическом, так и психосоциальном отношении. Поэтому риск жизненной фрустрации оказывается достаточно вероятным и способен приводить к нервно-психическому срыву.

Наиболее характерные проявления психопатологических нарушений позднего возраста и их детерминированность в рамках биопсихосоциальной концепции

Исходя из вышеизложенных предпосылок, которые все же обозначают преимущественно субклинические явления, можно объяснить и наиболее частые психопатологические феномены непсихотической или психотической декомпенсации в старости [14].

Как видно из общей оценки возрастной физиологической перестройки в деятельности ЦНС, прежде всего к ним относятся когнитивные расстройства, которые во многих случаях сопровождаются астенической симптоматикой в целом и ее акцентом на мозговых явлениях — церебрастении. Очевидно, что последней во многом способствует широкая распространенность у пожилых основных форм

цереброваскулярных заболеваний. В результате частые головные боли, ощущение головокружения, шума в голове и/или ушах становятся одним из ведущих проявлений, в особенности после некоторой дополнительной нагрузки. Явления астении могут усиливаться по традиционным соматогенным механизмам при характерном наличии у пожилых хронических соматических заболеваний, причем на базе реальных, но относительно компенсированных их проявлений вполне возможно развитие сенестопатий, формирующих картину соматоформных нарушений и коморбидно «вплетающихся» в другие варианты психопатологических расстройств позднего возраста, прежде всего — депрессии. В результате подобные трансформации нередко являют собой ступень к другому частому феномену психопатологии позднего возраста — ипохондрическому синдрому разной степени выраженности (в континууме от обсессивно-фобических к сверхценным и далее к бредовым переживаниям).

Широкая распространенность **депрессивных расстройств** в позднем возрасте (эти больные составляют свыше 50% в структуре психопатологии данного периода жизни) обуславливается как собственно биологическими факторами, включая затяжные соматогенные воздействия, так и перечисленными неблагоприятными психологическими моментами. Причем некоторые авторы уже на субклиническом уровне отмечают характерную перестройку аффективного фона у пожилых [23]. Последняя, обозначаемая как **«возрастно-ситуационная депрессия»**, включает постоянную дистимическую мимику и интонационную окраску, в существенной мере необъективную пессимистическую оценку своего состояния как в плане здоровья, так и социальных аспектов, недовольство действиями близких, особенно представителей следующего поколения, раздражение принимаемыми ими решениями.

Очевидно, что с практической точки зрения подобные проявления требуют достаточно строгого отграничения от клинически очерченного депрессивного эпизода разной степени выраженности, и в этой связи более обоснованным представляется термин **«возрастно-ситуационная дистимия»**. В процессе осуществления соответствующей дифференциальной диагностики существенны следующие критерии.

1. Возможность относительно точного определения момента начала депрессивного эпизода по сравнению с фактически «размытым» в своих границах периодом появления признаков стойкого возрастного изменения эмоционального фона.
2. Наличие в структуре депрессивного эпизода его главных критериев, выделенных в МКБ-10, а именно наступления заметного снижения фона настроения, сохраняющегося, по крайней мере, две недели, и снижения интереса пациента в этот период к доставлявшим удовольствие аспектам окружающего (элементы ангедонии).
3. Наличие в структуре истинного депрессивного эпизода характерных элементов, отражающих суточную ритмику аффекта, возникновение расстройств сна на фоне предшествующей относительной компенсации в этом плане, появление соматических признаков депрессии.

4. Оценка результатов когнитивной психотерапии как фактора, способного оказать позитивное влияние прежде всего на собственно-возрастные элементы эмоционального фона.
5. Применение в сомнительных случаях терапии современными безопасными антидепрессантами в качестве лечения *ex juvantibus*.

При этом клинически очерченная депрессия у пожилых также имеет определенные особенности. Прежде всего это касается большей представленности тревожных проявлений, в том числе обусловленных описанными выше характеристиками биологической составляющей возрастных физиологических трансформаций. Обоснованно полагать, в частности, что во многом эти феномены предопределяются неуравновешанностью эмоциональных реакций, высокой степенью готовности к проявлениям лабильности аффекта. В целом же подобные стойкие изменения фактически носят личностный характер и затрагивают психологический и социальный блоки (в последнем случае определяя коммуникативные возможности, риск и степень формирования ситуации одиночества).

Вместе с тем клинические особенности депрессий позднего возраста во многом зависят от сопутствующей соматической отягощенности, в том числе тяжести распространенного у пожилых церебрально-сосудистого патологического процесса. В частности установлено, что данное сочетание приводит к преобладанию анергического компонента депрессии [10]. Кроме того, на тяжесть течения депрессий в позднем возрасте влияют и клинико-динамические характеристики, например и прежде всего — возраст дебюта аффективной патологии [6].

Своеобразие **иллюзий и галлюцинаций** в позднем возрасте также характеризуется значительной обусловленностью биопсихосоциальными особенностями этого жизненного периода. В данном плане необходимо прежде всего отметить их частую взаимосвязь с ухудшением работы пораженных возрастными болезнями анализаторов — зрительного и слухового. Именно у страдающих подобными нарушениями пожилых людей наблюдается и более высокая распространенность указанных расстройств восприятия. Причем их относительная изолированность (отсутствие других выраженных психопатологических отклонений), частая сохранность критического отношения, готовность не проявлять непосредственное следование их содержанию, необязательность вторичной бредовой трактовки подчеркивают тесную взаимосвязь с сенсорными нарушениями.

Другие варианты иллюзий и галлюцинаций, характерные для позднего возраста, составляют их обонятельные, вкусовые и тактильные феномены. В этом случае связь с сенсорными нарушениями может быть менее очевидной, хотя известно, что и соответствующие анализаторы в старости претерпевают определенные изменения в своей работе.

В целом, меньшая степень указанной взаимосвязи предопределяет и более прямое отношение подобных явлений к собственно психическим нарушениям. Это, в частности, получает отражение в тенденции к построению бредовой трактовки нарушений восприятия, попытках объяснить их возникновение злонамеренными действиями окружающих, в том числе в плане возможных попыток

«отравить» пациента по различным меркантильным соображениям или из личной неприязни. Критическое отношение к расстройствам восприятия в этих случаях либо отсутствует, либо носит неустойчивый характер, в поведении больных прослеживается бредовая настроенность, а возможна и более грубая психотическая дезорганизация поведения.

Параноидные психозы у пожилых представлены двумя основными вариантами: с преимущественно интерпретативными механизмами бредообразования и, соответственно, развитием синдрома, близкого к паранойяльному, а также с отмеченной выше бредовой трактовкой имеющихся расстройств восприятия (галлюцинаторно-бредовой синдром).

Роль биологической составляющей в формировании особенностей подобных нарушений включает, в частности, значение отягощенной наследственности. В этой связи главным образом подразумевается не столько генетическая предрасположенность к конкретно бредовым проявлениям, сколько к психическим нарушениям в целом, включая эндогенные заболевания. Однако в контексте выделения особенностей бредовых переживаний позднего возраста более значимой является издавна отмечаемая клиницистами ограниченность их тематики идеями «малого масштаба», затрагивающими ближайшее окружение пациента (соседей, близких, представителей хозяйственных служб и т. п.). Как известно, именно подобное содержание бреда считается характерным для собственно поздневозрастных (инволюционных) психозов, а также для клинической трансформации феноменологии бреда у больных шизофренией, достигших этого периода жизни.

Обоснованно полагать, что подобные особенности в решающей мере обусловлены факторами психологического порядка, доминирующими у пожилых людей: тенденцией к естественному с возрастом ограничению контактов, личностными изменениями, затрудняющими формирование отношений (меньшая подвижность нервных процессов, а значит и недостаточная психологическая гибкость в общении при одновременной ранимости, легко возникающем чувстве обиды), повышенная ригидность, придирчивость к окружающим при недопонимании собственных особенностей, зачастую создающих трудности в общении. Дополнительное значение в данном плане имеет и снижение, разной степени выраженности, когнитивного функционирования. Даже при отсутствии выраженных, выходящих за рамки чисто возрастных, изменений продуктивность мыслительной деятельности, «качественность» суждений и умозаключений все же страдают. В интерпретативных механизмах бредообразования, а также и в случае вторичной патологической трактовки таких психопатологических феноменов, как галлюцинации, подобный дефицит корректной логической оценки может играть определенную негативную роль и тем самым способствовать формированию паранойяльных и параноидных проявлений. В то же время недостаточная продуктивность мыслительных процессов может способствовать и «упрощенности» картины бреда, его ограниченности «малым масштабом» переживаний.

Особый клинико-психопатологический феномен позднего возраста представляют **явления психической спутанности**. Данное состояние характеризуется

нарушением ориентировки, главным образом в окружающем, двигательным беспокойством (иногда больные как будто куда-то собираются, укладывают свои вещи), возможны фрагментарные галлюцинации (обычно зрительные). В целом, клиническая картина болезни напоминает неразвернутый делирий, а также элементы аменции.

Само по себе название «состояния острой спутанности» восходит к соответствующему термину, выдвинутому Р. Meinert с уточнениями Е. Bleuler [26], и подержанному, в частности, Э. Я. Штернбергом [24]. Во многом выделение данных нарушений объяснялось тем, что острые помрачения сознания в позднем возрасте отличаются рядом общих клинических особенностей с нивелированием синдромальных различий, свойственных аналогичным психозам более ранних возрастных периодов. Обычно картина психоза, как указано выше, включает в себя элементы различных синдромов экзогенного типа, которые обычно характеризуются кратковременностью и транзиторностью, однако могут многократно повторяться. Имеет место и отчетливая зависимость между возникновением эпизодов психоза и характерными для позднего возраста нарушениями сна и ритма чередования сна и бодрствования.

Развитие состояний острой психической спутанности в старости включает смешанные клинические механизмы. Так, собственно «старческий делирий» основным источником имеет мнестико-интеллектуальные нарушения, способствующие дезориентировке по типу «сдвига в прошлое» и соответствующему рисунку поведения [1]. Наряду с этим многие крупные психиатры, прежде всего J. Willi, М. Bleuler [38] и Э. Я. Штернберг [25], отмечали более частое возникновение экзогенных психозов в старости. При этом констатировалось, что этому вполне может способствовать «накопление» и коморбидность различных соматических болезней, снижение сопротивляемости организма соматическим вредностям, а также наличие той или иной степени органических мозговых изменений.

Таким образом, чаще возникновение спутанности имеет место у пациентов, страдающих прогрессирующим когнитивным снижением, в особенности деменцией вследствие болезни Альцгеймера, сосудистого заболевания головного мозга или иной поздневозрастной этиологии. В этом случае источником биологической предрасположенности к развитию «старческого делирия» становится в большей степени не соматическая уязвимость к экзогенам, а нарастающие когнитивные нарушения, обуславливающие амнестическую дезориентировку с характерным «сдвигом ситуации в прошлое» по закону Рибо. Соответственно, этот вариант спутанности часто обозначается как «амнестический».

В других случаях спутанность наступает преимущественно в связи с экзогенными провокациями: сопутствующими соматическими заболеваниями, после наркоза в связи с оперативным вмешательством, в связи с ухудшением мозгового кровообращения и т. п. Т. е. принципиально развитие этого состояния может иметь место и у больных, не имевших до текущего момента оформленных проявлений органического заболевания головного мозга, в том числе возрастного-дегенеративного характера. В отношении подобного варианта рассматриваемого состояния часто используется термин «острая спутанность».

Важно также отметить, что последним не ограничивается риск возникновения спутанности. В литературе указывается и на такой вариант провоцирующего в отношении ее воздействия, как психические травмы или резкие изменения жизненной ситуации [34, 37]. Реализация негативной роли этих воздействий, как совершенно очевидно, предопределяется сниженными вследствие когнитивного дефицита и недостаточной пластичности основных психических процессов адаптивными возможностями.

В нейрохимическом патогенезе состояний острой психической спутанности, который все еще остается недостаточно ясным, существенное значение придается холинергической блокаде и активизации допаминовой нейромедиации [32]. Эти патологические изменения, в свою очередь, могут провоцироваться широким набором метаболических или ишемических нарушений. Важное значение в этой связи имеет и снижение гематоэнцефалического барьера, которое делает мозг более чувствительным к влиянию системных изменений. В результате травма, инфекции и хирургические вмешательства, вызывающие увеличение концентрации в крови цитокинов воспалительной направленности, оказывают или непосредственное токсическое действие на нейроны, или, как указано выше, повреждают процессы нейромедиации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, особенности психопатологической симптоматики, характерные для пациентов позднего возраста, представляют из себя результат сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов, составляющих специфику функционирования индивидуума в данном периоде жизни. В этом взаимодействии каждая из указанных групп влияний выступает не отдельной замкнутой группой, а характеризуется взаимопроникновением, которое составляет сердцевину биопсихосоциальной концепции возникновения болезней.

Значение рассматриваемого подхода определяется не только теоретическими соображениями, но играет и определенную практическую роль. Последняя базируется на предположении о том, что факторы, детерминирующие психопатологические симптомы и синдромы, в дальнейшем могут быть существенными для степени их устранения, достигаемой в процессе лечения. В этой связи в ходе исследования одной из масштабных групп пожилых психически больных (страдающих психическими нарушениями сосудистого генеза) была установлена система клинических и социальных факторов, влияющих на результативность терапии [9]. В этой системе получили отражение компоненты, также имеющие непосредственное отношение к рассматриваемым блокам факторов. Вступая во взаимодействие с особенностями проведения дифференцированного лечения при разных вариантах доминирующей психопатологической симптоматики, они, в конечном счете, определяли как клинические итоги лечения, так и достигаемый уровень функционирования больных. Причем последний мог повышаться за счет большей полноты реабилитационной программы при недостаточной клинической результативности

терапии [31]. Между тем очевидно, что именно уровень функционирования составляет решающий показатель эффективности лечебно-реабилитационных воздействий и качества жизни неуклонно расширяющейся пожилой части населения.

Список литературы

1. *Авербух Е. С.* Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. Медицина, 1969; 284.
2. *Быховский Б. Э.* Декарт. История диалектики XIV–XVIII вв. Руководитель авт. кол-ва Т. И. Ойзерман. М.: Мысль, 1974: 116–136.
3. *Друзь В. Ф.* Формирующие и протекторные факторы состояния одиночества у психически больных позднего возраста. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2012; 3: 47–52.
4. *Дубинина Е. Е.* Окислительный стресс: общие понятия об активных формах кислорода и компонентах антиоксидантной системы. Окислительный стресс в психиатрии и неврологии. Под ред. М. В. Иванова, Е. Е. Дубининой, Н. Г. Незанова, В. А. Михайлова. СПб: ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева», 2016: 15–58.
5. *Заиченко Г. А.* Джон Локк. М.: Мысль, 1973; 206.
6. *Захарченко Д. В.* Клинико-динамическая характеристика рекуррентного депрессивного расстройства в позднем возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2015; 24.
7. *Коцюбинский А. П.* Функциональный диагноз: теоретическая конструкция или реальный феномен. Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. 2004; 1(1): 7–10.
8. *Коцюбинский А. П.* Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы). СПб.: Спецлит, 2017; 285.
9. *Круглов Л. С.* Клинико-социальные аспекты лечения пожилых больных с психоорганическим синдромом сосудистого генеза. СПб.: ДЕАН, 2006; 159.
10. *Круглов Л. С., Мешандин И. А.* Позднелювозрастная депрессия у больных с церебрально-сосудистыми нарушениями: особенности клиники и терапевтической динамики. Обзор. психиат. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. 2011; 1: 22–25.
11. *Летникова З. В.* Анализ факторов развития депрессивных расстройств у лиц позднего возраста в условиях одиночества. Социальная и клиническая психиатрии. 2006; 3: 17–21.
12. *Момджян Х. Н.* Французское Просвещение XVIII в. М.: Мысль, 1983; 447.
13. *Незнанов Н. Г., Круглов Л. С.* Предпосылки биопсихосоциальной детерминированности психопатологической симптоматики у пациентов позднего возраста. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2015; 4: 3–8.
14. *Одинак М. М., Вознюк И. А., Янишевский С. Н.* Инсульт. СПб., 2005; 192.
15. *Ойзерман Т. И., Быховский Б. Э., Соколов В. В. и др.* Немецкая классическая философия. М.: Мысль, 1978; 256.
16. *Полищук Ю. И.* Актуальные вопросы пограничной геронтопсихиатрии. Социальная и клиническая психиатрия. 2006; 3: 12–16.
17. *Полищук Ю. И., Голубцова Л. И., Гурвич В. В., Колтаков Л. И.* Анализ некоторых показателей состояния психического здоровья пенсионеров, посещающих территориальный центр социального обслуживания. Социальная и клиническая психиатрия. 1997; 3: 25–30.
18. *Субботин А. Л.* Френсис Бэкон. М.: Мысль, 1974; 175.
19. *Холмогорова А. Б., Рычкова О. В.* 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? Социальная психология и общество. 2017; 8(4): 8–31.
20. *Шахматов Н. Ф.* Психическое старение: счастливое и болезненное. М.: Медицина, 1996; 304.
21. *Штернберг Э. Я.* Геронтологическая психиатрия. М.: Медицина, 1977; 216.

22. Штернберг Э. Я. Особые формы психозов позднего возраста. Руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова. М.: Медицина, 1999; 2: 117–128.
23. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. 10 Aufl. (Umbearb. von M. Bleuler). Berlin: Springer, 1966; 629.
24. Ciompi L. The dynamics of complex biologicalpsychosocial systems. Four fundamental psychobiological mediators in the long-term evolution of schizophrenia. Br. J. Psychiat. 1989; 155: 15–21.
25. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977; 196: 129–136.
26. Erikson E. H. The life cycle completed. New York: Norton, 1982; 144.
27. Fraser S. W., Greenhalgh T. Complexity science — coping with complexity: educating for capability. BMJ. 2001; 323: 799–803.
28. Kruglov L. S. Early stage of vascular dementia: significance of the therapeutic program completeness. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2003; 18(5): 402–406.
29. Mackie J. L. The cement of the universe: a study of causation. Boston: Oxford University Press, 1975; 348.
30. Miller M. O. Evaluation and management of delirium in hospitalized older patients. Am. Fam. Physician. 2008; 78(11): 1265–1270.
31. Platenik J., Fisar Z., Buchal R. et al. GSK3B, CREB, and BDNF in peripheral blood of patients with Alzheimer's disease and depression. Progress in neuropsychopharmacology and biological psychiatry. 2014; 50(3): 83–93.
32. Plsek P. E., Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organizations. BMJ. 2001; 323: 746–749.
33. Saxena S., Lawley D. Delirium in the elderly: a clinical review. Postgrad. Med. J. 2009; 85: 405–413.
34. Willi J., Bleuler M. Delirium, Dammerzustand und Verwirtheit bei körperlich Kranken. Akute psych. Begleitersch. Körperl. Krankheiten. Stuttgart, 1968: 27–128.
35. Zubin J. Die Anpassung therapeutische interventionen an die wissenschaftlichen Modelle der Atiologie. Bern: Huber, 1989; 341.

Список обозначений и сокращений

МКБ-10 — Международная классификация болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра

В т. ч. — в том числе

Т. е. — то есть