

МНОГОФАКТОРНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Ю.И. Полищук, З.В. Летникова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П.Сербского» Минздрава России

С увеличением числа пожилых и престарелых людей во всём мире и увеличением продолжительности их жизни происходит рост числа депрессивных и тревожных расстройств в популяции людей старшего возраста [5, 9, 32, 43, 59, 67, 71]. Эти расстройства отрицательно сказываются на качестве жизни пожилых и старых людей, способствуют развитию и неблагоприятным исходам многих соматических заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистых, являющихся основной причиной смертности [43, 45, 48, 49, 66]. При наличии достаточно полных сведений о хорошо изученных клинических проявлениях, сформированной систематике [27, 58] и достижениях в области терапии депрессивных и тревожных расстройств в позднем возрасте, до настоящего времени остаются недостаточно разработанными важнейшие вопросы, касающиеся причин и условий их возникновения и развития. Решение именно этих вопросов имеет прямое отношение к профилактике этой широко распространённой психической патологии, повышению эффективности терапевтических вмешательств и реабилитационных мероприятий. В руководстве по психиатрии, изданном в 1983 году, было признано, что современное учение об этиологии психических расстройств «остаётся ещё не совершенным». Признавалось, что для возникновения психического расстройства решающее значение имеют те внешние и внутренние условия, в которых действует причина. Указывалось, что помимо главной причины в развитии психического расстройства участвуют разные внутренние и внешние факторы, с которыми взаимодействует главная причина как производящий этиологический фактор. Считалось, что в развитии эндогенных, наследственно обусловленных психических расстройств, участвуют также различные экзогенные факторы, выполняя предрасполагающую, провоцирующую или отягчающую роль. Эндогенные (внутренние) факторы участвуют в развитии экзогенных, включая психогенные, психических расстройств. Анализ причин психических

заболеваний должен быть анализом внешних и внутренних причинных факторов в их взаимосвязи и взаимодействии [38].

К настоящему времени при решении вопросов о причинах возникновения и развития непсихотических депрессивных и тревожных расстройств преодолена в основном односторонность и ограниченность концепций монокаузализма и кондиционализма [13, 14, 46]. Считается, что эти, как и другие, психические расстройства не могут вызываться какой-либо одной причиной, а являются результатом совокупного и интегрального действия нескольких причинно значимых факторов [3, 6, 27, 44, 64, 69]. В основе такого представления лежит современная системная биопсихосоциальная концепция генеза психических расстройств [14, 54, 64] и многофакторные (диатез-стрессовые, диатез-стресс-буферные) модели причин психических нарушений [10, 54, 55]. Тем не менее, некоторые психиатры всё же отстаивают точку зрения на самостоятельную причинную роль какого-либо одного (психогенного, генетического, органического) фактора в возникновении депрессивных и тревожных расстройств и не придают причинного значения другим действующим факторам. Выдвигается представление об «основной причине» или «частой причине» депрессивных и тревожных расстройств [6, 18, 22]. В МКБ-10 и других источниках указывается, что расстройства адаптации и патологические реакции на тяжёлый стресс всегда возникают как *прямое* следствие тяжёлого стресса или пролонгированной психической травмы. Считается, что при тревожно-фобических расстройствах тревога вызывается исключительно или преимущественно определёнными ситуациями или объектами, а депрессивные и тревожно-депрессивные реакции на тяжёлый стресс возникают при наличии одного из двух причинных факторов, которыми являются сильное стрессовое жизненное событие или значительные изменения в жизни человека. При этом отмечается, что этиологическое значение менее тяжёлых

жизненных событий «не всегда ясно», и в каждом случае зависит от индивидуальной уязвимости к ним [22, 27, 58].

Прежнее монокаузальное представление о причинах (этиологии) психических расстройств содержится в руководстве «Психиатрия», изданном в 2009 году. В нём причины психических болезней подразделяются на 1) эндогенные, наследственные; 2) экзогенные, внешние факторы; 3) психогенные факторы, конфликты личности, психотравмирующие ситуации; 4) соматогенные, при соматических заболеваниях [3]. При этом ничего не говорится о взаимодействии указанных факторов, необходимом для того, чтобы они стали подлинной причиной психического расстройства. Многие сторонники мультифакторной модели причин депрессивных и тревожных расстройств, основанной на биопсихосоциальной концепции, придерживаются представления о простом суммирующем действии биологических, психических, психологических и социальных факторов. Не учитывается положение о том, что причинное значение этиологических факторов возникает только при определённом их взаимодействии, когда каждый из действующих факторов обладает своим «удельным весом» и особой значимостью для индивидуума и личности. Вот почему важной задачей является анализ сочетанного влияния биологических, психологических и социальных факторов в их тесном взаимодействии при возникновении и развитии депрессивных и тревожных расстройств в каждом конкретном случае заболевания. Успешному решению этой задачи препятствует разное понимание и разный подход к оценке роли и значения отдельных причинных факторов при указанных расстройствах. Одни авторы подразделяют их на «предрасполагающие» и «провоцирующие». К «предрасполагающим» относят наследственность, отклонения в психическом развитии, тяжёлые соматические заболевания, черепно-мозговые травмы в анамнезе, хирургические операции с использованием наркоза, алкоголизм. К «провоцирующим» факторам относят психические травмы, другие стрессовые воздействия, расстройства и акцентуации личности, церебрально-сосудистые расстройства. Подчёркивается, что в каждом отдельном случае соотношение предрасполагающих и провоцирующих факторов может быть различным [6]. А.Б.Смулевич, разделяя мнение многих зарубежных авторов, причиной невротических расстройств, при которых обычно возникают депрессивные и тревожные расстройства, считает констелляцию таких факторов как психогенные травмы, особенности личности и наследственное предрасположение. Чем больше выражена интенсивность и личностная значимость психической травмы, тем меньше роль структуры личности и наследственного предрасположения [47]. Другие авторы среди факторов, определяющих причины возникновения невротических расстройств с депрес-

сивными и тревожными проявлениями, выделяют генетические; психотравмирующие влияния, в том числе в детстве; особенности личности в виде акцентуаций и расстройств личности; неврологические нарушения, создающие «фон» для развития психопатологических расстройств, а также неблагоприятные социальные условия жизни. Совокупность всех этих факторов составляет биологическую и социальную основу так называемого барьера психической адаптации, нарушение и прорыв которого приводит к развитию невротических, в том числе депрессивных и тревожных расстройств [2, 3]. В этой систематике, однако, отсутствует уровневый подход, на основании которого должны выделяться главные, определяющие причинные факторы в соотношении с предрасполагающими, провоцирующими и способствующими факторами или условиями. Таким образом, с учётом существующих разных мнений и подходов по вопросам причин развития психических расстройств, представляется необходимым рассмотреть и проанализировать причинную роль и значение основных факторов, способствующих возникновению и развитию широко распространённых в позднем возрасте непсихотических депрессивных и тревожных расстройств с позиций биопсихосоциального подхода.

Биологические факторы. Одним из главных из них является возрастной фактор. Под этим фактором подразумевается нарастание по мере старения организма и личности таких изменений, как возрастная инволюция головного мозга и отдельных его структур, составляющих субстрат природно-психических основ личности – темперамента, эмоциональных свойств, биологических потребностей и способностей. К этому фактору относятся также состояния общего физического и психического упадка, снижение по мере старения адаптационно-приспособительных возможностей и стрессоустойчивости, полиморбидность [13, 16, 30, 39, 43, 59]. В позднем возрасте формируется общая склонность к тревожному, гипотимному и депрессивному реагированию на различные социально-стрессовые события, что больше свойственно пожилым людям по сравнению с престарелыми [5, 15, 34, 43, 44, 61, 72]. Роль возрастного фактора проявляется, в частности, в том, что в периоде поздней старости (80–90 лет) расстройства депрессивного спектра возникают реже, выражены в меньшей степени и менее продолжительны, чем в возрасте 60–69 лет и 70–79 лет, за исключением депрессивных и депрессивно-тревожных расстройств органической природы, которые чаще возникают в старческом возрасте [35, 36]. Характерной особенностью эмоциональной жизни многих людей пожилого возраста является озабоченность состоянием своего здоровья, здоровья своих детей и внуков, материальным положением, одиноким проживанием, будущими переменами в жизни. Эта психологическая озабоченность и беспокойство, наряду с низкой толер-

рантностью к неопределённости, носят генерализованный характер и нередко приобретают сходство с тревожной малой степени, которая может усиливаться под влиянием ситуационных факторов и принимать клиническое выражение в форме генерализованного тревожного расстройства [15, 43, 55, 70, 73]. Все эти возрастные изменения в эмоциональной сфере возникают и усиливаются не только при наличии внутриличностного фактора неадаптивных способов совладания с ними, но и под дополнительным влиянием биологического фактора – цереброваскулярных заболеваний, главными из которых являются гипертоническая болезнь и церебральный атеросклероз, весьма распространённые в позднем возрасте. При гипертонической болезни возникает эмоциональная лабильность, тревожные и тревожно-депрессивные расстройства, вызванные нарушениями мозгового кровообращения и гипоксией головного мозга, которые, в свою очередь, способствуют дальнейшему развитию этого заболевания. У большинства больных гипертонической болезнью отмечается высокая личностная и реактивная тревожность и низкая самооценка, что способствует развитию тревожных и депрессивных расстройств [1, 12, 43, 45, 49]. У больных с артериальной гипертензией установлена большая частота расстройств адаптации с депрессивными, тревожными и тревожно-депрессивными реакциями и фобиями. Развивающаяся гипертоническая и смешанная гипертоническая и атеросклеротическая энцефалопатия сопровождается повышенной чувствительностью больных к психотравмирующим влияниям с возникновением кратковременных и пролонгированных депрессивных и тревожно-депрессивных реакций, а также дистимий и депрессий [8, 24, 31, 45]. Имеются данные, свидетельствующие о высокой коморбидности сосудистого поражения головного мозга и депрессивных расстройств, в развитии которых предполагается значимая роль ишемического поражения белого вещества мозга и уменьшения объёма гиппокампа и миндаля [12]. В Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра [27, 58] выделено «Депрессивное расстройство органической природы», в том числе «Непсихотическое депрессивное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга». Выделены также «Тревожное расстройство органической природы», в том числе «Органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга» [27, 58]. В этой классификации этиологический фактор обозначается широким понятием «органической природы». При его учёте в качестве причинного фактора в классификацию, адаптированную для применения в Российской Федерации, внесены положения с формулировками: «в связи с сосудистым заболеванием головного мозга», «в связи с травмой головного мозга», «в связи с неутонченным заболеванием» [58].

Наряду с признанием церебрально-сосудистой природы тревожных расстройств у больных гипертонической болезнью, отмечается тот факт, что содержанием тревоги у них часто являются реальные жизненные события, озабоченность состоянием собственного здоровья и здоровья близких людей [8, 40]. В этом проявляются сложные взаимодействия между невротоподобными расстройствами, обусловленными самой гипертонической болезнью, и психогенными невротическими реакциями, которые чаще возникают у лиц с сенситивными и тревожными чертами личности. Приведенные данные свидетельствуют о том, что причиной большинства депрессивных и тревожных расстройств в позднем возрасте является сочетанное действие и взаимодействие возрастного, цереброваскулярного, личностного и ситуационного факторов. В процессе взаимодействия этих факторов меняются их причинно-следственные соотношения. Вначале психогенные и личностные факторы действуют как ведущие причинные факторы, следствием влияния которых является развитие как тревожно-депрессивных расстройств, так и гипертонической болезни, а также церебрального атеросклероза как психосоматических заболеваний. По мере развития цереброваскулярного заболевания (ишемической энцефалопатии) наряду с присущими ему невротоподобными расстройствами, включая тревожно-депрессивные нарушения, возрастает уязвимость патологически изменённого головного мозга к действию психотравмирующих и негативных социальных факторов, которые, в свою очередь, способствуют дальнейшим нарушениям мозговой гемодинамики. Этим, прежде всего, определяется рост числа депрессивных и тревожных расстройств органической природы в старческом возрасте [12, 30, 34, 43].

Тревожные и депрессивные расстройства нередко возникают у больных ишемической болезнью сердца с частыми приступами стенокардии и мерцательной аритмии. Выявлена высокая коморбидность ИБС и депрессий, которые неблагоприятно влияют на течение ИБС и повышают частоту инфарктов миокарда. Инфаркт миокарда, как и инсульт, способствуют развитию депрессивных расстройств как в ближайшем, так и отдалённом периодах [12, 45, 48, 65]. Значение и роль разных биологических факторов в возникновении и развитии психических расстройств, включая депрессивные и тревожные, в позднем возрасте была раскрыта в концепции патологически изменённой соматической и церебральной почвы С.Г.Жислина [16].

Психические и психологические факторы. Они в виде разнообразных психических травм нередко продолжают рассматриваться в качестве единственной или основной причины непсихотических депрессивных и тревожных расстройств в позднем возрасте. В рамках концепции личностной значимости пережитых жизненных событий выде-

ляются такие психотравмирующие события как смерть близкого человека, тяжёлое физическое или нервно-психическое заболевание у себя или близкого родственника, супруга; пьянство и алкоголизм у близкого человека, увольнение с работы и ряд других [4, 5, 19, 43, 63, 72]. При изучении причинных факторов возникновения и развития тревожных и тревожно-депрессивных расстройств у лиц позднего возраста в условиях трёх московских Центров социального обслуживания были выявлены основные психотравмирующие события, которые предшествовали и в большинстве случаев сопровождали указанные расстройства. Наиболее частыми оказались клинически выраженные тревожные и тревожно-депрессивные переживания и опасения в связи с болезнью или жизненным неблагополучием детей и внуков. Они отмечались в 42,3% преимущественно у женщин. В качестве конкретных психотравмирующих факторов отмечались: пьянство и алкоголизм сына или внука с отклоняющимся, нередко агрессивным поведением; увольнение или угроза увольнения детей или внуков с работы; затяжные конфликты в семье сына или дочери; серьёзное соматическое заболевание. На втором по частоте месте были клинически выраженные тревожные и тревожно-депрессивные расстройства в связи с ухудшением собственного физического здоровья, обострением и прогрессированием соматических заболеваний (прежде всего гипертонической болезни и ишемической болезни сердца), снижением зрения, ограничением подвижности при заболеваниях суставов ног. Более чем в половине наблюдений имело место сочетание двух или трёх психотравмирующих факторов, которые носили подострый или хронический характер [34]. Сочетание и взаимное потенцирование биологического, психогенного и личностного факторов наблюдается, как правило, при развитии депрессивных и тревожных нозогенных реакций и состояний, возникающих при онкологических, сердечно-сосудистых и других соматических заболеваниях. Если на начальном этапе этих невротических реакций преобладает причинная значимость психогенных и личностных факторов, то на последующих этапах преобладающими в качестве причинных становятся биологические факторы [41, 45, 46, 48].

При анализе причин возникновения и развития психогенных тревожных и депрессивных расстройств внимание большинства психиатров обращается преимущественно на тяжёлые психические травмы, связанные с необратимыми утратами или угрозой для жизни и здоровья человека. Недостаточное внимание уделяется моральным травмам, затрагивающим моральную сферу личности, моральное сознание и моральные ценности, прежде всего такие, как честь и достоинство личности пожилого и старого человека, повышено уязвимо по отношению к моральным травмам в условиях существующего эйджизма [23, 50]. Ещё С.С.Корсаков, подразделяя причины

психических расстройств на предрасполагающие и производящие, первой в ряду производящих причин называл моральные потрясения [21]. Невротическая тревога трактовалась З.Фрейдом как реакция личности на угрозы «сверх-Я», то есть совести, моральным нормам, чувству долга, ответственности в ответ на чрезмерные требования бессознательного «Оно» [51]. Э.Фромм считал, что развитие многих невротических расстройств с тревожными и депрессивными проявлениями в значительной мере связано с моральными проблемами человека. Тревожная и депрессивная симптоматика часто, как он указывал, возникает вследствие неразрешённых моральных конфликтов, которые обычно обозначаются как семейно-бытовые конфликты [52]. Основным при психотерапии невротических расстройств Д.Фурст считал позитивное изменение и коррекцию морального сознания пациента [53]. При анализе внутриличностных конфликтов, приводящих к развитию невротических расстройств, был выделен обсессивно-психастенический тип конфликта, в основе которого лежит столкновение между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями. В подобных случаях возникает большое эмоциональное напряжение, приводящее к возникновению и развитию тревожных и депрессивных расстройств [20]. Эти расстройства возникают прежде всего у людей с сенситивными и тревожно-мнительными чертами в структуре личности при наличии у них повышенной уязвимости по отношению к моральным травмам [25].

Анализ причин и факторов риска возникновения и развития непсихотических депрессивных и тревожных расстройств в позднем возрасте предусматривает пристальное внимание к субъективному внутреннему миру пациента. Его важно понять и вскрыть истоки болезненных переживаний с учётом наиболее важных жизненных событий и особенностей реакций личности на них. Пристальное внимание к возрастной динамике личности пожилого человека в процессе клинко-анамнестического исследования позволяет выявить внутриличностные и внешние факторы риска возникновения в позднем возрасте депрессивных и тревожных расстройств [5, 28–30, 34, 43, 57, 61]. Целостное представление о пациенте и причинах его болезненных переживаний нельзя свести к симптомам и синдромам в их формализованном, в том числе психометрическом, выражении [42]. Важно изучить и понять внутренний мир его переживаний путём эмпатического сопереживания, рефлексии и интуиции, которые обладают познавательной функцией, сформированной на основе клинического и жизненного опыта врача. В.Франклом и К.Ясперсом были выделены ноогенные и экзистенциальные депрессии, а также тревожные невротические расстройства, возникающие в результате образовавшегося духовного вакуума с переживанием утраты смысла и цели

жизни после тяжёлых утрат, краха надежд и неожиданных разочарований. В этих случаях смыслоутрата становится вторичным причинным фактором развития депрессивных и тревожных расстройств [4, 28, 33]. Негативные жизненные события при их наложении и концентрации в течение жизни могут способствовать формированию пессимистического, дисфункционального, иррационального когнитивного стиля, который, согласно теории А. Бека, лежит в основе расстройств аффективного спектра [7, 11, 17, 60, 68]. Такой когнитивный стиль выражается в представлениях об окружающем мире как враждебном, угрожающем, опасном, а представления о себе – как о человеке слабом, беспомощном, беззащитном. Считается, что такой когнитивный стиль является важным психологическим причинным фактором формирования депрессивных и тревожных расстройств [11, 55, 56, 60, 68]. Нарушенная при этом система отношений личности к другим людям и явлениям окружающей социальной среды нередко, в свою очередь, играет патогенную, причинную роль в развитии указанных расстройств [29].

Микросоциальные и макросоциальные факторы. С прекращением трудовой деятельности и выходом на пенсию резко изменяется социальный статус пожилых людей. Обрываются или значительно ограничиваются связи с бывшими многолетними сотрудниками, трудовым коллективом, в котором прошла значительная часть жизни человека с наличием общих интересов, достижений, радостей, волнений. Происходит резкая смена социальной роли человека. Привычная роль коллективного труженика у многих сменяется ролью бездеятельного пенсионера и пенсионерки, вышедших на «заслуженный отдых». Далеко не все пожилые люди с радостью принимают эту вынужденную роль, так как помимо смены социального положения меняется в худшую сторону и материальное положение пожилого человека. Выход на пенсию, особенно в результате увольнения с работы, часто становится стрессовым жизненным событием, сопровождающимся депрессивными и тревожными расстройствами, опасениями, пессимистическими переживаниями своей ненужности, невостребованности, изолированности, неуверенности в будущем [1, 2, 19, 30, 50, 57, 61, 68]. При столкновении с разными проявлениями эйджизма [23, 37, 72] в виде пренебрежительного, циничного, оскорбительного и даже жестокого отношения со стороны других людей ущемляется чувство собственного достоинства пожилого человека, переживающего своё унижение. Оно воспринимается как психическая и моральная травма, нанесенная в межличностных отношениях как внутри семьи, так и в общественных местах или в государственных учреждениях. При сочетании с другими, даже менее значимыми психическими травмами, при наложении их друг на друга нередко развиваются состояния психической дезадаптации с депрессивными и

тревожно-депрессивными расстройствами. Жестокое обращение с пожилыми и престарелыми людьми в домашних условиях в форме унижений, оскорблений, угроз, игнорирования было выявлено в 13,5% у лиц преимущественно женского пола среди людей в возрасте 57–69 лет и в 15,2% среди людей в возрасте 80–91 год [37].

Депрессивные и тревожные расстройства в позднем возрасте часто развиваются в результате необратимой утраты супруга или супруги и последующим одиноким проживанием. Наряду с хорошо изученными патологическими реакциями горя в форме психогенных депрессий [4, 23] в подобных случаях возникают и развиваются пролонгированные депрессивные и тревожно-депрессивные реакции, а также затяжные дистимии [24, 70]. Утрата близкого человека является одной из самых тяжёлых психических и моральных травм, которая становится тем более тяжёлой, вызывающей выраженные депрессивные расстройства, чем более близкими, симбиотическими были отношения с умершим. Тесно связанные с ней тягостные переживания одиночества, возникающие не только в условиях одинокого проживания, но и в условиях неполной семьи, которая зачастую не оказывает надлежащей эмоциональной и социальной поддержки, становятся дополнительным причинным фактором в развитии депрессивных и тревожных расстройств в позднем возрасте с переживаниями утраты смысла жизни и безысходности [26, 70].

При анализе причин и предпосылок широкого распространения непсихотических депрессивных и тревожных расстройств в позднем возрасте ряд исследователей в качестве основной их причины выделяли стресс кардинальных социальных, экономических и духовных изменений, которые произошли в стране за последние десятилетия [2, 3, 5, 9, 33]. Радикальные перемены в обществе явились мощным социально-стрессовым фактором для наиболее уязвимой части населения – пожилых и престарелых людей со сниженными адаптационно-приспособительными возможностями. Состояния психической и личностной дезадаптации с депрессивными и тревожными расстройствами возникают и развиваются не только в результате потери работы, обнищания, недостаточной социальной защищённости, но и в результате крушения прежних идеалов и мировоззренческих установок, которые сформировались у людей старшего поколения. Попытки умаления и принижения роли и значения их боевых и трудовых заслуг в средствах массовой информации и кинофильмах оказывают на них психотравмирующее влияние [2, 9].

Заключение

Рассмотрение и анализ действия ряда биологических, психологических, личностных и социальных факторов, приводящих к возникновению и развитию

широко распространённых непсихотических депрессивных и тревожных расстройств в позднем возрасте, показывает, что указанные расстройства возникают в результате одновременного или последовательного действия не одного, а нескольких причинных факторов при их интегральном сочетании и взаимодействии. Отсюда вытекает необходимость создания и использования многофакторных моделей причинности депрессивных и тревожных расстройств на основе системного биопсихосоциального подхода. При этом необходимо учитывать и определять

объективную интенсивность и субъективную значимость (высокая, умеренная, слабая) каждого биологического, психологического, личностного и социального фактора. Такого рода структурный анализ причинности депрессивных и тревожных расстройств в большей степени будет способствовать установлению и правильному пониманию их действительных причин и, тем самым, позволит более успешно и эффективно проводить комплексные лечебные, профилактические и реабилитационные мероприятия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербух Е.С. Психика и гипертоническая болезнь. М., 1965.
2. Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. Ростов-на-Дону, 1996.
3. Александровский Ю.А. Этиологические факторы и механизмы формирования невротических расстройств // Психиатрия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 525–527.
4. Баранская И.В. Патологические реакции горя в позднем возрасте: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003.
5. Будза В.Г., Антохин Е.Ю. Психогенные факторы невротических расстройств в позднем возрасте // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2005. № 1. С. 16–18.
6. Вельтищев Д.Ю., Краснов В.Н., Бобров А.Е., Ковалевская О.Б. Диагностика и лечение психических расстройств у больных первичной медицинской практики // Сборник инструктивно-методических материалов для врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами. М.: ИД «Медпрактика-М», 2012. С. 281–312.
7. Воликова С.В., Холмогорова А.Б. Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах (на примере тревожных, депрессивных и соматоформных расстройств) // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 49–60.
8. Володина О.В. Специфическая и неспецифическая тревожная симптоматика при расстройствах адаптации у пациентов с гипертонической болезнью // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. № 3. С. 29–35.
9. Гаврилова С.И., Калын Я.Б. Роль стрессогенных факторов в развитии психической патологии в пожилом возрасте // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4. № 6. С. 212–215.
10. Гараян Н.Г. Депрессия. Клиническая психология / Под ред. А.Б.Холмогоровой. М.: 2012. Т. 2. С.126–178.
11. Гордеева Т.О. Оптимистический-пессимистический стиль мышления, психологическое благополучие и проблема продолжительности жизни россиян // Материалы III Всероссийского Форума «Здоровье нации – основа процветания России». М., 2007. С. 35–37.
12. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях. М.: МЕДпресс информ, 2013. 160 с.
13. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине (Этиология). М.: Медицинская литература, 1962. 175 с.
14. Давыдовский И.В., Снежневский А.В. О социальном и биологическом в этиологии психических болезней // Соотношение биологического и социального в человеке. М., 1975. С. 497–506.
15. Ермолаева М.В. Структура эмоциональных переживаний в старости // Психология старости. Самара: Издат. Дом «Бахрах-М», 2004. С. 393–411.
16. Жислин С.Г. Роль возрастного и соматогенного фактора в возникновении и течении некоторых форм психозов. М., 1956.
17. Захаров Н.П. Сравнительная оценка когнитивных стилей, организующих поведение личности в норме и при пограничной психической патологии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2006. № 8. С. 4–12.
18. Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Морозов Д.И., Авдеева Т.И. Психогенные депрессии: современный взгляд на возрастные особенности клинической картины и терапии. Сравнительная характеристика особенностей психотравмирующих событий, вызывающих психогенные депрессии в молодом и позднем возрасте (пилотное исследование) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2017. Т. 19. № 5. С. 4–14.
19. Калын Я.Б. Личностная значимость пережитых жизненных событий для лиц пожилого и старческого возраста (по данным
- клинико-эпидемиологического исследования населения старших возрастов, проживающего на ограниченной территории Москвы) // Социальная и клиническая психиатрия. 1997. № 3. С. 15–20.
20. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.: Медицина, 1985. 304 с.
21. Корсаков С.С. Курс психиатрии. М., 1901.
22. Краснов В.Н., Вельтищев Д.Ю. Невротические, тревожные и стрессовые расстройства // Психиатрия: справочник практического врача. М.: МЕДпрессинформ, 2017. С. 272–296.
23. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Социальная психология старения. М.: «Академия», 2002. 288 с.
24. Лакосина Н.Д., Савкуева Т.А. Клинические особенности дистимии с началом в позднем возрасте // Современные проблемы психического здоровья. М., 2005. С.177–186.
25. Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев: «Вища школа», 1981. 392 с.
26. Летникова З.В. Психические расстройства, развивающиеся в условиях одиночества, у лиц позднего возраста: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2004.
27. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: АДИС, 1994.
28. Михайлова Н.М. Психические расстройства у пациентов геронтопсихиатрического кабинета общесоматической поликлиники (клинико-статистические и лечебно-организационные аспекты): Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1996.
29. Мясичев В.Н. Личность и неврозы. Л.: Изд. ЛГУ, 1960. 426 с.
30. Полищук Ю.И. Старение личности // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. №3. С.108–115.
31. Полищук Ю.И. Сосудистые депрессии – реальность или миф? // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 4. С. 98–101.
32. Полищук Ю.И. Актуальные вопросы пограничной геронтопсихиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. № 3. С. 12–16.
33. Полищук Ю.И., Баранская И.В. Разрушение высших личностных смыслов как важный фактор развития невротических расстройств в позднем возрасте // Клиническая геронтология. 2001. Т. 7. № 5–6. С.17–21.
34. Полищук Ю.И., Гурвич В.Б., Летникова З.В., Баскакова С.А. Клинические особенности, причины и содержание тревожных расстройств невротического уровня в позднем возрасте // Психическое здоровье. 2009. № 10. С. 21–25.
35. Полищук Ю.И., Летникова З.В., Гурвич В.Б. Отличительные особенности тревожных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста // Психическое здоровье. 2015. № 4. С.10–13.
36. Полищук Ю.И., Калиниченко Т.П., Летникова З.В. Расстройства депрессивного спектра у потребителей услуг центров социального обслуживания (сравнительно-возрастной аспект) // Российский психиатрический журнал. 2017. № 4. С. 41–46.
37. Полищук Ю.И., Летникова З.В. К вопросу о жестоком обращении с психически больными пожилыми и престарелыми людьми в семье и психиатрических учреждениях // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. № 1. С. 101–105.
38. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В.Снежневского. Т.1. М.: Медицина, 1983. 480 с.
39. Руководство по геронтологии / Под ред. В.Н.Шабалина. М.: Цитатель-трейд, 2005. 800 с.
40. Румянцева Г.М., Соколова Т.Н., Левина Т.М., Марголина В.Я. Терапия аффективных расстройств тианептином у больных с эссенциальной формой гипертонической болезни // Кардиология. 2003. № 3. С. 28–32.
41. Самушья М.А., Мустафина Е.А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродук-

- тивной системы // Психические расстройства в общей медицине. 2007. № 3. С. 11–16.
42. Семичов С.Б. К критике концепции «больной семьи» // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1978. С. 9–13.
 43. Семке В.Я., Цыганков Б.Д., Одарченко С.С. Основы пограничной геронтопсихиатрии. М.: Медицина, 2006. 526 с.
 44. Сергеев И.И. Значение ситуационных, характерологических и возрастных факторов в развитии, клиническом оформлении и динамике психогенных депрессий у пожилых и престарелых // Депрессии позднего возраста. М., 1983. С. 111–117.
 45. Сидоров П.И., Соловьёв А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина. М.: Медицина, 2006.
 46. Сметанников П.Г. Психиатрия. Изд.: 6-е. М.: Мед. книга, 2007. 784 с.
 47. Смулевич А.Б. Психогенные заболевания // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В.Снежневского. М.: Медицина. 1983. Т. 2. С. 342–366.
 48. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. М.: Медицина, 2005.
 49. Соколов Е.И. Особенности типа личности при гипертонической болезни // Психологический журнал. 1981. Т. 2. № 6. С. 125–134.
 50. Телешевская М.Э. Психогении позднего возраста и невротические депрессии // Депрессии позднего возраста. М., 1983. С. 149–156.
 51. Фрейд З. О клиническом психоанализе. М., 1991.
 52. Фромм Э. Бегство от свободы. М., 1998.
 53. Фурст Д. Невротик, его среда и внутренний мир. М., 1957.
 54. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. № 3. С. 97–104.
 55. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: ИД «Медпрактика-М», 2011. 480 с.
 56. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Семейный контекст расстройств аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14. № 2. С. 11–20.
 57. Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самореализацию. СПб., 1997.
 58. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Изд. ГНЦ СиСП им.В.П.Сербского, 2004. 140 с.
 59. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. М.: Медицина, 1996. 304 с.
 60. Beck A. Depression. Causes and Treatment. Philadelphia. 1972.
 61. Bromley D.B. The psychology of human ageing. London, 1966.
 62. Brown G.W., Harris T.O. Social origins of depression. London: Tavistock, 1978.
 63. Burke A.W. Family stress and the precipitation of psychiatric disorder // Int. J. Soc. Psychiatr. 1980. Vol. 26. N 1. P. 35–40.
 64. Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model // Am. J. Psychiatry. 1980. Vol. 137. P. 535–544.
 65. Kawachi I., Sparrow D. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease // Circulation. 1994. Vol. 90. N 5. P. 2225–2229.
 66. Krasucki C., Howard R., Mann A. The relationship between anxiety disorders and Age // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 1998. Vol.13. N2. P. 79–99.
 67. Manela M., Katona C., Livingston G. How common are the anxiety disorders in old age // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 1996. N 11. P. 65–70.
 68. Musa C.Z., Lepine J.P. Cognitive aspects of social phobia: a review of theories and experimental research // Eur. Psychiatry. 2000. Vol. 15. P. 59–66.
 69. Stein D.J., Hollander E., Scodol A.E. Anxiety disorders and personality disorders, a review // J. Person. Dis. 1993. Vol. 7. P. 87–104.
 70. Storr A. Solitude. New York: Free Press, 1988.
 71. Flint A.J. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly // Am. J. Psychiatry. 1994. Vol. 151. P. 640–649.
 72. Vaughn C., Leff J. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness // British journal Psychiatry. 1976. V.129. P. 125–137.
 73. Wittchen H.U., Kessler R.C., Beesdo K., Krause P., Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management // J. Clin. Psychiatry. 2002. Vol. 63. P. 24–34.

МНОГОФАКТОРНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Ю.И. Полищук, З.В. Летникова

На основании анализа современной научной литературы, посвящённой изучению причин и условий возникновения и развития непсихотических депрессивных и тревожных расстройств в позднем возрасте, а также результатов собственных исследований выдвигается представление об их причинной многофакторности в соответствии с биопсихосоциальной концепцией генеза психических расстройств. Без точного знания причин и условий развития указанных расстройств невозможны их эффективное лечение и профилактика. В статье послед-

овательно рассматриваются роль и значение различных биологических, психологических, личностных и социальных факторов в их взаимосвязи, способствующих возникновению и развитию депрессивных и тревожных расстройств в позднем возрасте. При определении их причин необходимо проводить структурный анализ интегральной совокупности всех факторов, имеющих причинное значение.

Ключевые слова: поздний возраст, депрессивные, тревожные расстройства, причинные факторы.

MULTIFACTORIAL CAUSES OF THE ONSET AND DEVELOPMENT OF NON-PSYCHOTIC DEPRESSIVE AND ANXIETY DISORDERS IN LATE AGE

Yu.I. Polishchuk, Z.V. Letnikova

Based on the analysis of modern scientific literature devoted to the study of the causes and conditions for the emergence and development of non-psychotic depressive and anxiety disorders in late age, as well as the results of their own research, an idea of their causal multifactorial nature is advanced in accordance with the biopsychosocial concept of the genesis of mental disorders. Without accurate knowledge of the causes and conditions for the development of these disorders, their effective treatment and

prevention are impossible. The article consistently examines the role and importance of various biological, psychological, personal and social factors in their interconnection, contributing to the emergence and development of depressive and anxiety disorders in late age. When determining their causes, it is necessary to conduct a structural analysis of the integral set of all factors that have a causal value.

Key words: late age, depressive, anxiety disorders, causal factors.

Полищук Юрий Иосифович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения профилактической геронтопсихиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail yu.polishchuk@mail.ru

Летникова Зинаида Владимировна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения профилактической геронтопсихиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: z.letnikova@mail.ru