

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Г.В. Ломакина¹, В.Г. Косенко¹, Л.М. Шулькин¹, М.И. Агеев¹, Н.А. Косенко¹,
Ю.В. Гридина², А.В. Романенко¹, Е.Ф. Чебагина³

¹ФГБОУ ВО Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России Министерства здравоохранения Российской Федерации

²ГБУЗ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ «СКПБ №1»)

³ГБУЗ «Наркологический диспансер» Министерства здравоохранения Краснодарского края

Методологические основы отечественной психиатрии до сих пор подвергаются пересмотру, особенно актуальному после перехода на МКБ-10). Пересмотр оказался настолько существенным, что вызвал опасение за «конец классической психиатрии» [49, 59]. Особенно серьезно оказалась затронутой область пограничных психических расстройств. Традиционные области пограничной психиатрии – неврозы, реактивные состояния и патология личности, стали рассматриваться и обозначаться по-новому. В данной статье акцентировано внимание на разделе F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», который объединяет большую группу расстройств (F40–48), соотносимых с концепцией невроза и отличающихся частым сочетанием в клинической картине симптомов тревоги и депрессии. Теория и практика невротических расстройств является одной из сложнейших биопсихосоциальных областей медицины и здравоохранения, для которой концептуальные подходы имеют определяющее значение.

Отказ от понятия «невроз» в МКБ-10 связан с целями статистической классификации и сменой медико-биологической парадигмы психиатрии на биопсихосоциальную, что не отвергает классическую концепцию невроза В.Н.Мясищева, который рассматривал невроз, прежде всего, как функциональное, психогенное нервно-психическое заболевание, вытекающее из тяжелых переживаний личности, неразрывно связанных с условиями ее жизни [29].

В настоящее время одним из приоритетных направлений в психиатрии признается изучение ее социальных аспектов [48]. Важнейшим критерием психического расстройства признано нарушение социального

функционирования. В XXI веке одной из социальных и медицинских проблем является постарение населения [56, 78]. Переход на биопсихосоциальную парадигму привел к выделению в психиатрии ряда клинических направлений, отнесенных к позднему онтогенезу, таких, как геронтопсихиатрия и ее разделы – социальная геронтопсихиатрия [51], пограничная геронтопсихиатрия. При этом следует учитывать, что на сегодня так и не существует единой общепринятой классификации возрастных периодов развития человека, в том числе и четкого определения возрастных границ.

Рост контингента пожилого населения в мире одновременно сопровождается увеличением среди них числа психических заболеваний [70]. Так, по Краснодарскому краю с 2013 по 2014 год зарегистрировано в 2 раза больше больных старше трудоспособного возраста, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения [32]. В то же время по численности преобладают так называемые пограничные расстройства [58, 69]. Эпидемиологические исследования указывают на то, что женщины примерно в 2 раза чаще страдают тревожно-депрессивными расстройствами. Более высокий риск развития депрессии и тревожных расстройств у женщин в сравнении с мужчинами является одним из наиболее известных и устойчиво выявляемых фактов эпидемиологии психических расстройств [72].

Цель: представить релевантную информацию о современных методологических проблемах психиатрии, касающихся невротических расстройств в возрастном и гендерном аспекте в контексте сохранения трудоспособности в послепенсионном периоде.

Материалы и методы

Проведен обзор современной научной литературы (оригинальные статьи, монографии, мета-анализы) по данной теме, актуальность которой обусловлена социальными преобразованиями в сфере пенсионных реформ.

Результаты и обсуждение

С введением МКБ-10 коренному концептуальному пересмотру подверглась область пограничной психиатрии, включая неврозы, реактивные состояния и патологию личности. МКБ-10 ввела в психопатологию целый ряд новых теоретических принципов, существенно расширила и усложнила картину значительного числа понятий психических расстройств непсихотического уровня. Многие ключевые категории психопатологии стали обозначаться по-новому. Понятие нозологии как «единства клиники, динамики и этиопатогенеза» сменилось на нозографию как преимущественно таксономическое описание условных психопатологических единиц, которые стали обозначаться термином «расстройство». Среди них – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Эта группа расстройств объединена по признаку связи с концепцией невроза и основной части этих расстройств с психологическими причинами.

Отрицание в МКБ-10 таких традиционных для отечественной психиатрии категорий как «невроз», «психоз» и «психопатия» породило принципиально новое понимание взаимосвязи психопатологических проявлений с социальными критериями психической состоятельности и дееспособности. Вместо прямой зависимости диагноза от психопатологических характеристик и прогноза в МКБ-10 было введено представление о нарушениях социального функционирования, как важнейшем критерии психического расстройства. В результате стал более отчетливым переход от традиционных медико-биологических воззрений к социально-психологической парадигме [2]. В связи со сменой парадигмы в современной психиатрии принципиальным в методологическом плане оказался учет социальной обусловленности диагностики.

Методологические подходы к изучению старения и пограничных психических расстройств позднего возраста долгое время были представлены в рамках нейropsychологической парадигмы. Примерно с середины прошлого века начинает формироваться биопсихосоциальная парадигма, призывавшая принимать во внимание три уровня, формирующие здоровье и болезнь – биологический, психологический и социальный. Окончательно сформулирована данная концепция психосоматиком G.L.Engel [61]. Согласно данной концепции, все уровни системы более или менее равны и значимы. Нельзя сводить болезнь или условия ее возникновения только к одному уровню. Также невозможно обосновать, как социальные факторы могут влиять на здоровье, минуя факторы биологические, так как социальное невозможно без

биологического. Работы G.L.Engel и его сторонников упрочили биопсихосоциальный модельный подход в медицине на долгое время [61].

Ведущие советские и российские геронтопсихиатры – С.И.Гаврилова [8–10], Я.Б.Калын [15], Н.Ф.Шахматов [53], Н.М.Михайлова [28], В.Я.Семке [43], Ю.И.Полищук [33, 34, 36] и др. отмечали, что область пограничной, «малой» геронтопсихиатрии остается недостаточно разработанной в вопросах эпидемиологии, патоморфоза, этиопатогенеза с уточнением роли и значения биологических, психологических и социальных факторов особенно в связи с интенсивным развитием внебольничных форм геронтопсихиатрической помощи [8, 9, 10, 15, 16, 28, 33, 34, 43, 53].

Н.Ф.Шахматов [53] в своем фундаментальном труде по психическому старению опирался на позиции биопсихологической парадигмы и показал неразрывную связь психологических и биологических сторон старения. Он доказал, что благоприятные формы психического старения характеризуются гармоничным снижением физических и психических функций (при качественной сохранности их функционирования).

Биопсихосоциальная модель была значимой в свое время как реакция на биомедицинский редукционизм, но ее историческая роль уже сыграна. Психические болезни сложны и в силу этого, считает S.N.Ghaemi, биопсихосоциальной модели нельзя доверять [62]. Действительно, эта модель не дает ответа на вопрос: как выбрать? Как расставить приоритеты одного аспекта над другим? Реально ли учесть и воздействовать на все три аспекта? Призыв «индивидуализировать терапию в соответствии с потребностями пациента» на практике может означать, что кто-то акцент ставит на биологический аспект, или психический, или социальный. Медикаментозное лечение и психотерапия всегда считались более эффективными в комплексе, чем взятые в отдельности, но на практике иногда использование одного метода может дать лучший результат, чем использование множества методов.

Хотя биопсихосоциальная модель продолжает подвергаться критике в связи с ее ограниченностью, но она не перестает развиваться. К примеру, предложенная модель BPS-Pathways [63] описывает, как можно концептуально отделить, определить и измерить биологические, психологические и социальные факторы и тем самым найти детальные взаимосвязи между этими факторами.

В.Я.Семке [43] на основе многолетнего изучения пограничных и аддиктивных расстройств, акцентирует внимание на изменении в парадигме научных знаний и считает плодотворным системное использование разных методологических подходов – эпистемологического, экстранозологического, этиопатогенетического, эпидемиологического, экологического, эволюционного, этнографического, этологического,

этнологического, этического, эстетического, экономического (двенадцать «Э»).

В современной геронтопсихиатрии на смену биопсихосоциальной модели пришла биопсихосоциальноэтическая или биопсихосоциодуховная модель, которая ставит целью объединить «все миры» человека – биологический, психологический, социальный и духовный [13]. В преодолении духовной деградации современного общества значительное место принадлежит возрождению религиозных ценностей. В этом аспекте обсуждаются возможности взаимодействия психологов, психиатров и церкви в решении проблем психического здоровья населения, а также религиозные ресурсы психиатрии, особенно значимые в пограничной геронтопсихиатрии, тем более, что с возрастом регрессивным изменениям может подвергаться только биологический организм, а духовный и интеллектуальный потенциал не только не снижается, но может даже расти [35, 36, 44, 45].

В.М.Розин говорит о необходимости «духовной навигации» для каждого человека, в том числе и для тех, кто не религиозен. «Духовная навигация – это наблюдение за собой, продумывание своей жизни, ее смысла и назначения, это стремление реализовать намеченный сценарий жизни (скрипт), отслеживание того, что из этого получается реально, осмысление опыта своей жизни, собирание себя вновь и вновь, наконец, работа на культуру, человека и здоровье, противостояние нежизненности и разрушению» [40, 41]. Однако акцент на духовной составляющей может создать впечатление, что болеть должны лишь психологически несовершенные и аморальные личности.

Таким образом, следует констатировать, что актуальным является разработка методологических подходов к изучению пограничной геронтопсихиатрии в определении соотношений и роли биологических, психологических, социальных и духовных факторов патогенеза и терапии невротических и других непсихотических расстройств в пожилом возрасте.

На протяжении XX столетия ускорение темпов развития и увеличение продолжительности жизни привело к перераспределению возрастного состава популяций. В докладе Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) указано, что благодаря успехам медицины, которые позволяют увеличивать продолжительность жизни, к 2050 году число людей старше 60 лет может удвоиться [77, 78]. При этом следует учитывать, что на сегодня в мире так и не существует единой общепринятой классификации возрастных периодов развития человека, в том числе и четкого определения возрастных границ.

Современные трактовки возрастных границ, согласно классификации ВОЗ, определяют пожилой возраст 60–74 годами, старческий – 75–90 лет и долголетие старше 90 лет. Для анализа рекомендованы группы населения предпенсионного возраста, первого пятилетия пребывания на пенсии и последующих пяти лет постпенсионного периода.

Возрастные границы категории «пожилой возраст» недостаточно четко определены и могут варьировать в разных странах. Организация Объединенных Наций (ООН) и ВОЗ считают началом пожилого возраста рубеж в 60 лет [67, 71], отмечая при этом, что в развивающемся мире пожилой возраст ассоциируется скорее не с определенным возрастом, а с потерей прошлых ролей (и приобретением взамен новых) и невозможностью активно участвовать в жизни общества [60].

В 1965 году в нашей стране принята схема возрастной периодизации, которая относит к зрелому возрасту мужчин от 36 до 60 лет и женщин от 36 до 55 лет; к пожилому – мужчин 61–74 года и женщин 56–74 года; к старческому – 75–90 лет мужчин и женщин; к долгожителям – старше 90 лет [7]. В феврале 2016 года Правительство РФ приняло «Стратегию действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года», в которой выделены возрастные группы граждан старшего поколения – 60–64 года, 65–80 лет и старше 80 лет. Группа 60–64 года определена как продолжающая осуществлять трудовую деятельность, то есть достаточно активная в экономическом и социальном плане [47].

Ключевыми целями государства в «Стратегии» названы «устойчивое повышение продолжительности, уровня и качества жизни граждан старшего поколения, стимулирование их активного долголетия». При этом целью работников медико-социальных служб (гериатров, геронтологов, социальных педагогов и геронтопсихологов), как подчеркивают многие зарубежные авторы, является не просто увеличение продолжительности жизни «любой ценой», но достижение активной старости, удлинение периода работоспособности и оптимального состояния здоровья [73, 76].

Федеральным законом № 350-ФЗ от 3 октября 2018 года увеличен возраст выхода на пенсию и для мужчин, и для женщин на 5 лет. В Закон внесены смягчающие поправки, которые предложил 29 августа 2018 года Президент РФ В.В.Путин в своём публичном выступлении, согласно которым понятие «предпенсионный возраст» на этапе переходного периода до 2028 года расширяется и включает пять лет до наступления пенсионного возраста, а не два года как было принято считать ранее. Повышение пенсионного возраста для женщин до 60 лет, для мужчин – до 65 лет будет происходить с постепенным темпом на один год каждый год и правом оформить пенсию на шесть месяцев раньше [39]. При этом границы в 65 и 60 лет нельзя считать четко установленными, так как относительно некоторых профессий предусмотрен гораздо более ранний возраст выхода на пенсию. К какой градации теперь следует отнести возраст 55–60 лет у женщин и 60–65 лет у мужчин?

Этот вопрос не риторический. В психиатрии не рассматривалась проблема возрастной периодизации для пациентов пожилого и старческого возраста.

В работах психиатров, посвященных невротическим расстройствам депрессивного спектра у пожилых пациентов, берутся для сравнения периоды в 5 или 10 лет в промежутке от 55 до 90 лет [27, 34].

В современной науке для определения возраста как дифференцированной меры времени человеческой жизни применяется многомерный подход. В соответствии с ним выделяются хронологический, биологический, психологический и социальный возрасты, которые не совпадают в полной мере с календарным возрастом (хронологическим или паспортным) человека. Пенсионный и предпенсионный возраст относится к категории социального возраста, который устанавливается на основе экономических, профессиональных и демографических факторов, привязывается к календарному возрасту и утверждается законодательством государства. Стоит отметить, что в литературе для этого периода жизни используются самые разные термины: старший период жизни, поздняя взрослость, поздняя зрелость, обратный период развития и др. Этот возраст именуется также пожилым, поздним, преклонным, пенсионным, послетрудовым, пресенильным, старческим и даже третьим и четвертым возрастом. Обладателей таких возрастов называют: пожилые, престарелые, старики, пенсионеры, люди старшего поколения, старшего трудоспособного возраста, долгожители и т.д. Чаще всего употребляются термины – пожилой, поздний и старческий возраст [5, 12]. Причем определения даются не всем этим дефинициям, да и окончательного разграничения между вышеперечисленными понятиями так и не произошло.

Поэтому исследователи вкладывают разный смысл в понятие «возраст» человека. Это может быть уровень психического развития, или личностной зрелости, или жизненный опыт. К примеру, Э.Эриксон выделил 8 основных этапов психосоциального развития личности, последний из которых – этап поздней зрелости 65 лет и старше [55].

Существуют классификации, не привязанные к хронологическому возрасту. Еще в 1963 году ВОЗ предложила разделить всех старых людей на группы не по возрасту, а по степени активности: общественно активные – физически активные люди, способные самостоятельно вести домашнее хозяйство или помогать семье, продолжать профессиональную или иную трудовую деятельность; индивидуально активные – люди, способные к элементарному самообслуживанию, передвижению в пределах ограниченной территории; неактивные – люди, не способные к самому элементарному самообслуживанию, передвижению в пределах ограниченной территории, неподвижные, прикованные к постели, нуждающиеся в постоянном уходе [цит. по 3]. То есть, гетерохронность развития в любом возрасте и чрезвычайная разнообразность личностных характеристик и особенностей позволяет выделять пред- и постпенсионный возраст без жесткой хронологической привязки [23].

Вышеизложенное позволяет заключить, что не хронологический возраст, а психосоциальный и соматический статус должен определять в геронтопсихиатрии подходы к лечению пациентов с невротическими расстройствами. В методологическом аспекте группы пациентов для сравнения должны комплектоваться не по хронологическому признаку, а по личностным и соматическим характеристикам. Лечение пациентов с невротическими расстройствами в постпенсионном возрасте целесообразно планировать с учетом результатов патопсихологических методик, позволяющих определить «мишени» психотерапии.

К наиболее частым расстройствам пожилого и старческого возраста относятся нарушения когнитивных функций, недооценка значимости которых препятствует своевременной диагностике и лечению на недементных стадиях. Как следует из результатов работы Е.В.Руженской и соавт. [42], эффективное использование интеллектуальных ресурсов, контроль вегетативных дисфункций, эмоциональная стабилизация позволяют старшему поколению длительное время сохранять полноценные позиции в обществе. Этому способствует применение психореабилитационных технологий – когнитивная активация и повышение эмоциональной устойчивости в рамках когнитивного тренинга, технологии физической активации и т.д. [37, 42, 46].

В российской действительности достижение пенсионного возраста далеко не всегда сопровождается прекращением трудовой деятельности, выходом из профессии. Экономисты, социологи, психологи все чаще поднимают проблему трудовой занятости населения постпенсионного возраста [18]. Многие авторы считают, что нет каких-либо объективных причин, препятствующих нормальной трудовой деятельности таких граждан, при условии ясности их сознания [1, 31]. Но главное – мотивация [24, 50]. Б.Г.Ананьев [1] отмечал, что именно в поздние периоды человеческой жизни, гораздо более чем в ранние, функциональная работоспособность сенсорных и двигательных органов зависит от силы внутренних побуждений, что подчеркивает значимость субъектной активности человека.

Продолжение трудовой деятельности после наступления пенсионного возраста обусловлено многими причинами, среди которых финансовая составляющая занимает одно из ведущих мест. В течение последних лет число работающих пенсионеров в России растет. Однако финансовый статус 41% пенсионеров без работы и 18% работающих пенсионеров находится ниже порога бедности. Наблюдение до 2016 года показывает, что доходы пенсионеров в течение нескольких лет реформы продолжают снижаться [50]. В то же время продолжающие работу по своей профессии пенсионеры отмечают несколько меньший темп ухудшения здоровья, чем сменившие специальность и не работающие [52].

Психиатрическая патология пожилых граждан как ранее, так и теперь изучается в довольно ограниченном диапазоне, в основном это деменция, болезнь Альцгеймера, сенильные психозы [17, 38]. В то же время по численности преобладают так называемые пограничные расстройства, на их долю, по данным В.Д. Карвасарского [17] приходится 20,8% среди всех психических заболеваний пожилого населения.

В России и в мире самыми распространенными стали нарушения адаптации, стрессовые, психосоматические и соматоформные, депрессивные, в том числе соматизированные, расстройства [20], то есть – невротические расстройства. По данным И.А. Мартынихина и Н.Г. Незнанова [25], среди тревожных и связанных со стрессом расстройств чаще всего психиатры в нашей стране используют диагнозы смешанного тревожного и депрессивного расстройства и расстройства адаптации. Хотя зарубежные авторы считают их скорее предварительными диагнозами, предназначенными в первую очередь для пациентов первичной (неспециализированной) медицинской помощи, имеющих наиболее легкие, синдромально не оформленные состояния [66, 68].

Как справедливо отметила О.В. Краснова [19], существует не много фундаментальных отечественных и зарубежных исследований личности пожилого человека. Как правило, изучаются и описываются отдельные личностные качества, способствующие или препятствующие успешному старению [27, 30, 64]. Опираясь на результаты исследований авторов изученных нами источников литературы, мы выяснили, что лица в возрасте 55–70 лет, не страдающие невротическими расстройствами (условно «здоровые»), характеризуются определенными личностными особенностями. Так, Н.А. Шергенг и А.И. Нафикова [54], описывая психологические изменения, указывают, что старость есть поздний период жизни, «неотъемлемыми атрибутами» которого являются психологический дискомфорт, депрессия, одиночество и хронические заболевания, и, кроме того, изменение самовосприятия человеком своего места в социальной структуре общества.

Многие авторы, описывая «нормальную» старость, отмечают у пенсионеров изменения в эмоциональной сфере, которые явно напоминают признаки невротического расстройства: эмоциональная напряжённость, повышенная личностная тревожность, ощущение внутреннего дискомфорта, чувствительность к стрессу. Кроме того, тревога, печаль, раздраженность, недовольство прогрессирующим снижением адаптационных возможностей. Причем эмоциональные состояния у женщин более пессимистичные, чем у мужчин [65]. Можно ли такие изменения считать признаками «нормального старения» или это пенсионный невроз? Проблема, видимо, заключается в определенном стирании границ между психической нормой и патологией в пожилом возрасте на фоне соматических заболеваний.

Обычно редкий случай, когда пожилой человек не имеет проблем со здоровьем и не наблюдается хотя бы у терапевта. В Национальном руководстве 2014 года «Старение: профессиональный врачебный подход» [22] коллектив авторов представил комплексный подход к проблеме старения в аспекте лечения наиболее распространенных соматических заболеваний, но то, что эти заболевания в большинстве случаев сопровождаются психическими расстройствами непсихотического характера и также требуют внимания, не упоминается.

Еще одна проблема геронтопсихиатрии – гендерный подход. Более длительная продолжительность жизни женщин, в особенности в нашей стране, определяет фокус внимания к этой проблеме. В структуре населения планеты пожилых женщин больше, чем мужчин. Причем чем больше возраст, тем больше этот разрыв. Это называется «феминизацией старости». В 2016 году смертность в трудоспособном возрасте мужчин от 16 до 59 лет составляла 8 на тысячу населения, женщин 16–54 лет 2,2 на тысячу [14].

Интерес к этой теме не случаен, поскольку эпидемиологические исследования указывают на то, что женщины примерно в 2 раза чаще страдают тревожно-депрессивными расстройствами, в стрессовых ситуациях более склонны к интрапунитивным реакциям, чрезмерно считая себя ответственными за неблагоприятный исход в любой ситуации, что приводит к срывам адаптационных механизмов [26].

A. Riecher-Rössler [72] считает одним из наиболее известных и устойчиво выявляемых фактов эпидемиологии психических заболеваний более высокий риск развития депрессии и тревожных расстройств у женщин в сравнении с мужчинами. У пожилых женщин депрессия встречается чаще – в 4,4% случаев против 2,7% у мужчин [6, 74].

На связь депрессии и тревоги с хроническими заболеваниями у женщин указывали многие авторы. В работе Н.А. Косенко [21] показано, что независимо от места проживания женщины гораздо чаще (в 2 и более раза) обращаются за помощью по поводу имеющихся пограничных психических расстройств. В.Ф. Друзь и соавт. [11], изучая клинко-социальную структуру психически больных позднего возраста, отметили преобладание женщин в группах психически больных и большее количество одиноко проживающих работающих женщин среди инвалидов 2 группы.

Изменение положения женщины в обществе определили ситуацию двойной социальной нагрузки, сочетающей новые, традиционно мужские социальные роли, связанные с карьерным ростом, при сохранении исконных обязанностей поддержания семейного комфорта и воспитания детей. Женское психическое здоровье было объявлено приоритетным направлением деятельности Всемирной психиатрической ассоциации на период 2017–2020 годы в программном выступлении ее президента проф. Х.Херрман (Мельбурн, Австралия) [6]. В марте 2017

года в нашей стране принята Национальная стратегия действий в интересах женщин на 2017–2022 годы (распоряжение Правительств РФ от 8 марта 2017 г. № 410-р). В Стратегии отмечено, что показатели заболеваемости женского населения остаются высокими. В Российской Федерации «проживает значительное количество одиноких пожилых женщин, что влечет за собой необходимость предоставления им поддержки в виде содействия посильной занятости, доступа к содержательному досугу, а также принятия других мер, способствующих их активному долголетию». По данным Росстата, среди мужчин пенсионного возраста продолжают работать в возрасте 60–72 лет 4,7% от всех занятых в экономике, среди женщин в возрасте 55–59 лет – 8,7%, в возрасте 60–72 лет – 5,0% [50].

Поддержание женского психического здоровья, во многом определяющего здоровье нации, является важной медицинской задачей. Невротическими расстройствами страдают преимущественно женщины. Подверженность женщин развитию невротических расстройств под воздействием психогенных травм может быть одной из форм адаптации женского организма к тяжелым субъективно значимым воздействиям с уходом в невротическое состояние и сохранением соматического здоровья после выхода из него. Причем эта форма реагирования (развитие невротического расстройства) является более совершенной в плане сохранения здоровья и свидетельствует о более высокой стрессоустойчивости и лучшей приспособленности женского организма за счет наличия иных, чем у мужчин биологических и социальных предпосылок. Женщины чаще страдают всеми аффективными и невротическими расстройствами (НР), за исключением биполярного аффективного расстройства и расстройств обсессивно-компульсивного спектра, которые у мужчин и женщин встречаются с одинаковой частотой [57, 75].

Внимание к психическому здоровью женщин обусловлено многими причинами. Не смотря на все победные рапорты об увеличении продолжительности жизни в нашей стране, неумолимая статистика этого не подтверждает. Ожидаемая продолжительность жизни для родившихся в 2016 году составляет 66,50 лет для мужчин и 77,06 лет для женщин.

В.И.Бородин [4] подчеркивал, что когда речь идет о невротических расстройствах, составляющих «ядро» пограничной психиатрии, у этих больных не должно возникать выраженных проявлений трудовой и социальной дезадаптации, так как эти заболевания не ведут к инвалидизации. Мужчины не достигают пенсионного возраста из-за высокой смертности, поэтому говорить о сохранении трудоспособности на пенсии можно преимущественно только для женщин. В связи с этим актуальность исследований по лечению и профилактике НР в позднем возрасте у женщин не вызывает сомнений.

Заключение

Анализ методологических аспектов изучения невротических расстройств в пожилом возрасте позволяет сделать следующие выводы:

1. Данные научной литературы, свидетельствующие о несовпадении паспортного возраста с биологическим, социальным и психологическим, а также неоднозначность временной трактовки такой социально-психологической характеристики как пожилой возраст и послепенсионный период, показывают целесообразность в научных исследованиях распределения для сравнения групп пациентов не по возрастным градациям, а по клиническим и патопсихологическим показателям.

2. Растущий интерес к проблеме благоприятного старения и сохранения трудоспособности в пожилом возрасте ставит перед пограничной геронтопсихиатрией задачи дальнейшего изучения изменений клинико-психологических и социальных характеристик пациентов с невротическими расстройствами, которые связаны с социально-экономическими переменами в обществе, нарушающими социо-эмоциональное функционирование личности в позднем периоде развития.

3. Преимущественная заболеваемость невротическими расстройствами лиц женского пола и актуальность сохранения психического здоровья и трудоспособности женщин пред- и послепенсионного возраста является важным направлением научных исследований в этой области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. СПб, 2010. С. 5–42.
2. Бобров А.Е. Методологические вопросы диагностики психических расстройств и современные программы подготовки специалистов в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, №2. С. 50–55.
3. Боровикова Я.В. Непрерывное образование в системе геронтологического образования // Актуальные проблемы гуманитарных, социальных и экономических наук. 2014. Т. 15, № 2. С. 263-269.
4. Бородин В.И. Проблема реабилитации в пограничной психиатрии / В кн.: Александровский Ю.А., редактор. Пограничные психические расстройства. М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России; 2014. С.175-198.
5. Будза В.Г., Антохин Е.Ю. Неврозы позднего возраста. Оренбург: ОрГМА, 2011. С. 151-175.
6. Васильева А.В. Проблемы женского психического здоровья – междисциплинарный ракурс // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. Т. 10. С. 51-56.
7. Возрастная периодизация [Электронный ресурс]. Кинезиолог, 2009-2019: [URL: <http://kineziolog.su/content/voznrastnaya-periodizaciya>]
8. Гаврилова С.И. Выявляемость психических расстройств в пожилом и старческом возрасте // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1984. Т. 84, № 6. С. 911-918.
9. Гаврилова С.И., Калып Я.Б. Роль стрессогенных факторов в развитии психической патологии в пожилом возрасте // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4, № 6. С. 212-215.
10. Гаврилова С.И. Актуальные вопросы пограничной геронтопсихиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т.16, № 3. С. 5-11.
11. Друзь В.Ф., Олейникова И.Н., Алимова Л.В. Клинико-социальная структура психически больных позднего возраста – одиноко проживающих и семейных // Российский психиатрический журнал. 2013. № 5. С 41-48.

12. Елфимова Е.В., Елфимов М.А. Психические расстройства в пожилом и старческом возрасте // Заместитель главного врача. 2013. Т. 11, № 90. С. 90–101.
13. Залевский Г.В. От «Демонической» до «Биопсихосоционоэтической» модели психического расстройства // Сибирский психологический журнал. 2009. Т. 32. С. 57–64.
14. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. М., 2017. С. 22–23.
15. Калын Я.Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.: 1999. 52 с.
16. Караваева Т.А. Патоморфоз невротических расстройств и его терапевтические следствия / В кн.: Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание. Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева; под общ. ред. Н. Г. Незнанова; авт.-сост.: А. В. Васильева, Т. А. Караваева. СПб: Алет-Пресс. 2018. С. 266–282.
17. Карвасарский Б.Д., Колотильщикова Е.А., Караваева Т.А., Бабури И.Н., Лысенко И.С. Сравнительное исследование структуры личности у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами с позиций психодинамической концепции личности Г. Аммона // Вестник ЮУрГУ. 2011. Т. 18. С. 104–110.
18. Килияханов М.Х. К вопросу о необходимости целостного подхода в прикладном исследовании проблемы старости // Экономические и гуманитарные исследования регионов. 2017. Т. 6. С. 61–64.
19. Краснова О.В. Психология личности пожилых людей и лиц с ограничениями. СПб: Речь, 2011. С. 320.
20. Косенко Н.А., Красильников Г.Т., Косенко В.Г., Агеев М.И., Шулькин Л.М., Гридина Ю.В., Фарафонов С.А., Цагараева Е.К. Современные критерии разграничения психической нормы и патологии // Кубанский научный медицинский вестник. 2016. № 2 (157). С. 93–98.
21. Косенко Н.А. Обращаемость за психиатрической помощью и качество жизни больных с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, проживающих в сельской и городской местности / Н.А. Косенко // XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23–26 сентября 2015 года, г. Казань: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. СПб: Альта Астра, 2015. С. 546–547.
22. Лазебник Л.Б., Вёрткин А.Л., Конев Ю.В., Ли Е.Д., Скотников А.С. Старение: профессиональный врачебный подход. М.: Эксмо. 2014. С. 18–29.
23. Ломакина Г.В., Косенко Н.А., Луговой В.Э. Взаимосвязь переживания одиночества и психических состояний у пожилых пациентов с невротическими расстройствами // Международный научно-исследовательский журнал. 2016; Т. 7, № 49-3. С. 71–75.
24. Ломакина Г.В. Особенности мотивационной сферы и личностной тревожности у пожилых пациентов с невротическими расстройствами // Международный научно-исследовательский журнал. 2016. Т. 10, № 52-4. С. 74–77.
25. Мартынихин И.А., Незнанов Н.Г. Особенности диагностики генерализованного тревожного расстройства российскими психиатрами: результаты исследования с использованием оценки кратких клинических описаний // Современная терапия психических расстройств. 2018. Т. 4. С. 47–55.
26. Мартынихин И.А. Гендерные различия эпидемиологии и патогенеза депрессивных и тревожных расстройств в контексте их влияния на эффективность терапии сертралином (Золофтом) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2019. Т. 21, № 3. С. 52–58.
27. Мелёхин А.И. Основные подходы к определению успешного старения // Российский научный журнал. 2014. Т. 41, № 3. С. 179–187.
28. Михайлова Н.М. Психические расстройства у пациентов геронтопсихиатрического кабинета общесоматической поликлиники (клинико-статистические и лечебно-организационные аспекты). Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1996. 36 с.
29. Мяснищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: Изд-во ЛГУ. 1960. С. 3–5.
30. Ниимура Х., Фуджи Ч., Семенова Н.Д., Кашима Х., Мизуно М. Достойное старение и морита-терапия: психотерапия для пожилых // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 61–64.
31. Никифоров Г.С., Водопьянова Н.Е., Гофман О.О. Постановка проблемы психологического обеспечения завершения профессионального пути: теоретический обзор // Организационная психология. 2018. Т. 8, № 3. С. 86–103.
32. Общая заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) по России в 2014 году. Статистические материалы Минздрава РФ. М., 2015. Часть VII. С. 42.
33. Полищук Ю.И. Старение личности // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. Т. 4, № 3. С. 108–115.
34. Полищук Ю.И., Летникова З.В., Калинин Т.П. Расстройства депрессивного спектра у пациентов центров социального обслуживания // Российский психиатрический журнал. 2017. Т. 27, № 4. С. 41–46.
35. Полищук Ю.И., Баранская И.В., Летникова З.В. Значение религиозной веры в смягчении и преодолении патологических реакций горя в позднем возрасте // Клиническая геронтология. 2002. Т. 8, № 6. С. 61–64.
36. Полищук Ю.И. Международная московская конференция «Религиозность и клиническая психиатрия» // Российский психиатрический журнал. 2017. № 3. С. 66–69.
37. Программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста: Методические рекомендации. Под ред. О.Н.Ткачевой. М.: Прометей, 2019; 72 с.
38. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незнанова [и др.]. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2009. С. 331–351.
39. Путин В. В. (2018). Указ «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Официальный сайт президента России. URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/57425>
40. Розин В.М. Психология и христианство: автономия, объединение или коммуникация? // Психология: Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 2. С. 74–89.
41. Розин В.М. Еще раз о возможности православной, святоотеческой психологии // Психология: Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 113–120.
42. Руженская Е.В., Смирнова С.В., Егорова П.Л. Оценка когнитивных функций и методы их коррекции у пожилых людей // Вестник Ивановской медицинской академии. 2018. Т. 23, № 2. С. 37–40.
43. Семке В.Я. Исследовательские подходы к классификации пограничных и аддитивных расстройств. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 2. URL: <http://medpsy.ru>
44. Сидоров П.И., Згонникова Е.В., Соловьёв А.Г. Возможности взаимодействия психологов, психиатров и церкви в решении проблем психического здоровья населения // Независимый психиатрический журнал. 1998. № 4. С. 49–51.
45. Сидоров П.И. Религиозные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 12. С. 65–76.
46. Соловьёв А.Г., Новикова И.А., Местечко В.В. Диагностика когнитивной сферы у лиц пожилого возраста // Успехи геронтологии. 2015. № 2. С. 366–371.
47. Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года. Утверждена распоряжением правительства Российской Федерации 5 февраля 2016 года № 164-р. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_193464/
48. Сыропятов О.Г., Дзержинская Н.А., Игумнов С.А., Яновский С.С., Яновский Т.С. Методология клинической и социальной психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28, № 2. С. 63–69.
49. Точилов В.А. МКБ-10 в России - конец классической психиатрии? // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 4. С. 64–68.
50. Трегубова А.А., Федотова Э.А. Статистическая оценка субъективного благосостояния российских пенсионеров // Финансовые исследования. 2016. Т.50, № 1. С. 75–81.
51. Цыганков Б.Д., Одарченко С.С. Основы пограничной геронтопсихиатрии // Психическое здоровье человека XXI века. Сборник научных статей по материалам Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». ИД «Городец». 2016. С. 166–171.
52. Черкашина Т.Ю. Работа на пенсии: необходимость или возможность? // ЭКО: Всероссийский экономический журнал. 2011. № 4. С. 101–114.
53. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. М.: Медицина. 1966. С. 35–36
54. Шергенг Н.А., Нафикова А.И. Старение и старость как глобальная проблема современности // Здоровье и образование в XXI веке. 2017. Т. 19, № 7. С. 124–126.
55. Эриксон Э.Г. Детство и общество. Изд. 2-е, перераб. и дополн. / Пер. с англ. СПб.: ООО «Речь», 2000. С. 109–123.
56. Aging in the 21st Century: Triumph and Challenge. Report prepared by the United Nations and other major international organizations working in the area of population ageing on progress towards implementing the comprehensive International Plan of Action on Ageing. (United Nations). URL: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing_Report_Executive_Summary_RUSSIAN_Final_low_resolution.pdf
57. Aziz R., Steffens D.C. What are the causes of late-life depression? // Psychiatr Clin North Am. 2013. Vol. 36. P. 497–516.
58. Blay S.L., Marinho V. Anxiety disorders in old age // Cur. Opin. Psychiatr. 2012. Vol. 25, N 6. P. 462–467
59. Dean C.E. The Death of Specificity in Psychiatry: cheers or tears? // Perspectives in Biology and Medicine. 2012. Vol. 55, N 3. P. 443–460.
60. Definition of an older or elderly person. Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project. [URL: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefolder/en/>]
61. Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model // Amer. J. Psychiatr. 1980. № 137. P. 535–544.
62. Ghaemi S.N. The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model // Brit. J. Psychiatr. 2009. Vol. 195, N 1. P. 3–4
63. Karunamuni N., Imayama I., Goonetilleke D. Pathways to well-being:

- Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables // Soc. Sci. Med. doi:10.1016/j.socscimed.2020.112846
64. Kozar-Westman M. Successful Aging Among Assisted Living Community Older Adults // J. Nurs. Scholarsh. 2013. Vol. 45, N 3. P. 238–246.
 65. Liu Q., Cai H., Yang L.H. et al. Depressive symptoms and their association with social determinants and chronic diseases in middle-aged and elderly Chinese people // Sci Rep. 2018. Vol. 8, N 1. P.3841
 66. Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A., Cloitre M., van Ommeren M., Jones L.M., Humayan A., Kagee A., Llosa A.E., Rousseau C., Somasundaram D.J., Souza R., Suzuki Y., Weissbecker I., Wessely S.C., First M.B., Reed G.M. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11 // World Psychiatry. 2013. Vol. 12, N 3. P. 198–206
 67. Mental health and older adults. [URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/10>]
 68. Möller H.J., Bandelow B., Volz H.P., Barnikol U.B., Seifritz E., Kasper S. The relevance of “mixed anxiety and depression” as a diagnostic category in clinical practice // Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosci. 2016. Vol. 266, N 8. P. 725–736
 69. Potvin O., Hudon C., Dion M. et al. Anxiety disorders, depressive episodes and cognitive impairment no dementia in community-dwelling older men and women // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2011. Vol. 26. P. 1080–1088.
 70. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMED) project // Acta Psychiatr. Scand. 2004. Vol. 109. P. 21–27.
 71. Regional implementation strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2002. [URL: <http://social.un.org/index/LinkClick.aspx?fileticket=bRh2R09UA6g%3d&tabid=330>]
 72. Riecher-Rössler A. Sex and gender differences in mental disorders // Lancet Psychiatry. 2017. Vol 4, N 1. P. 8–9.
 73. Robare J.F., Bayles C.M., Newman A.B., Williams K., Milas C., Bou dreaR., McTigue K, Albert S.M., Taylor C. and Kuller L.H. The «10 keys» to healthy aging 24-month follow-up results from an innovative community-based prevention program // Hlth Educ. Behav. 2011. Vol. 38, N 4. P. 379–388.
 74. Siqueira-Campos V.M., Da Luz R.A., de Deus J.M., Martinez E.Z., Conde D.M. Anxiety and depression in women with and without chronic pelvic pain: prevalence and associated factors // J. Pain Res. 2019. Vol. 12. P. 1223–1233
 75. Widiger T.A. DSM’s approach to gender: history and controversies / In: Narrow W.E, First M.B, Sirovatka P.J, Regier D.A, editors. Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2007. P. 31–46. 83.
 76. Wiederhold B.K., Riva G. and Graffigna G. Ensuring the best care for our increasing aging population: health engagement and positive technology can help patients achieve a more active role in future healthcare // Cyberpsychology, Behav. Soc. Networking, 2013. Vol. 2. P. 411–412.
 77. WHO: By 2050 the number of people aged over 60 will be double; need drastic social changes. Available: <http://www.who.int/mediacentre/news/re-leases/2015/older-persons-day/ru/>
 78. WHO World report on ageing and health 2015. [Online] 2015 [cited 2016 Jul 29]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1 (In Russian).

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Г.В. Ломакина, В.Г. Косенко, Л.М. Шулькин, М.И. Агеев, Н.А. Косенко, Ю.В. Гридина, А.В. Романенко, Е.Ф. Чебагина

Цель: представить информацию о современных методологических проблемах психиатрии, касающихся невротических расстройств у женщин в позднем возрасте.

Материалы и методы. Проведен обзор современной научной литературы (оригинальные статьи, монографии, мета-анализы) по данной теме, актуальность которой обусловлена социальными преобразованиями в сфере пенсионных реформ.

Результаты. Выделены методологические аспекты проблем,

стоящих перед пограничной геронтопсихиатрией в аспекте влияния социальных условий и личностных особенностей заболевших. Обоснована необходимость учета психосоциальных характеристик лиц пожилого возраста с непсихотическими психическими расстройствами при оказании психиатрической помощи.

Ключевые слова: методология психиатрии, геронтопсихиатрия, непсихотические психические расстройства, гендерные отличия, психосоциальные характеристики.

SOME METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE STUDY OF NEUROTIC DISORDERS IN ELDERLY PEOPLE

G.V. Lomakina, V.G. Kosenko, L.M. Shulkin, M.I. Ageev, N.A. Kosenko, Yu.V. Gridina, A.V. Romanenko, E.F. Chebagina

Aim: to present information about actual methodological issues of psychiatry, relating to neurotic disorders in elderly women.

Methods: The review of actual scientific literature on this subject (original articles, monographies, meta-analyses) was conducted. Its significance is provided by social changes in the field of pension reform.

Results. Methodologic aspects of problems of influence of social conditions and personal characteristics of patients in borderline gerontopsy-

chiatry are highlighted. The need to account the psychological and social characteristics of elderly people with non-psychotic mental disorders when providing psychiatric care is substantiated.

Key words: methodology of psychiatry, gerontopsychiatry, non-psychotic mental disorders, gender differences, psychological and social characteristics

Ломакина Галина Владимировна – ассистент кафедры психиатрии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России; e-mail: lomakinagalina585@gmail.com.

Косенко Виктор Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии ФПК и ППС; ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России; e-mail: natakos73@mail.ru

Шулькин Леонид Маркович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ФПК и ППС; ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России; e-mail: shulkin_m@mail.ru

Агеев Михаил Иванович – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры психиатрии ФПК и ППС; ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России; ami_kras@mail.ru

Косенко Наталья Анатольевна – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры психиатрии ФПК и ППС; ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России; e-mail: natakos73@mail.ru

Гридина Юлия Владимировна – врач психиатр, заведующий отделением №4 ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» Министерства здравоохранения Краснодарского края; e-mail: natakos73@mail.ru

Романенко Антон Викторович – старший лаборант кафедры психиатрии ФПК и ППС; ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России; e-mail: romanvi93@mail.ru

Чебагина Елена Владимировна – врач психиатр, заочный аспирант кафедры психиатрии ФПК и ППС; ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России; e-mail: chernoyarova.elena@mail.ru