

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КУБАНСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*На правах рукописи*

**Ломакина Галина Владимировна**

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПОСТПЕНСИОННОМ ВОЗРАСТЕ:  
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

14.01.06 – Психиатрия (медицинские науки)

Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:**  
доктор медицинских наук, профессор  
Косенко Виктор Григорьевич

Краснодар – 2021

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Список сокращений и условных обозначений</b> .....	<b>4</b>
<b>Введение</b> .....	<b>6</b>
<b>Глава 1. Современное состояние проблемы невротических расстройств в пожилом возрасте (обзор литературы)</b> .....	<b>19</b>
1.1. Проблемы исследования старения и особенностей личности в после трудовой период позднего онтогенеза.....	19
1.2. Современное состояние проблемы невротических расстройств позднего возраста в психиатрии .....	23
1.3. Специфика диагностики и лечения невротических расстройств пациентов пожилого возраста.....	45
<b>Глава 2. Материал и методы исследования</b> .....	<b>56</b>
2.1. Дизайн исследования.....	56
2.2. Материалы исследования .....	61
2.2.1. Сравнительный анализ социально-демографических показателей пациенток.....	61
2.3. Характеристика методов исследования.....	67
2.3.1. Особенности постановки диагноза F43.22 «Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» .....	67
2.3.2. Методы психопатологических исследований.....	69
<b>Глава 3. Результаты психопатологических исследований и обсуждение полученных данных</b> .....	<b>76</b>
3.1. Оценка невротического статуса.....	76
3.2. Исследование копинг-стратегий.....	80
3.3. Исследование механизмов психологической защиты.....	85
3.4. Исследование алекситимии и психометрических показателей .....	90
3.5. Диагностика мотивационной структуры личности .....	92
3.6. Исследование по методу «Незаконченные предложения» (тест Сакса-Леви).....	99
<b>Глава 4. Оптимизация терапии позднеговозрастных пациенток, страдающих невротическими расстройствами</b> .....	<b>104</b>
4.1. Исследование стрессоустойчивости как ресурса адаптации.....	104

4.2. Выделение мишеней психотерапии и разработка адаптационного тренинга .....	107
4.3. Распределение пациенток выборки на основе ресурсных возможностей ..	115
4.4. Дифференциация подходов к медикаментозному и психотерапевтическому лечению .....	120
Клиническое наблюдение 1 .....	126
Клиническое наблюдение 2 .....	133
Клиническое наблюдение 3 .....	141
<b>Заключение.....</b>	<b>149</b>
<b>Выводы.....</b>	<b>164</b>
<b>Практические рекомендации.....</b>	<b>166</b>
<b>Список литературы.....</b>	<b>168</b>

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АТ – алекситимия

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГБУЗ СКПБ № 1 МЗ КК – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края

ГБУЗ СПб № 7 МЗ КК – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Специализированная психиатрическая больница № 7» Министерства здравоохранения Краснодарского края

ЛОРП – личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра (1994)

МКБ-11 – одиннадцатый пересмотр Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

ММД – минимальная мозговая дефицитарность

МПЗ – механизмы психологической защиты

НР – невротические расстройства

НПР – непсихотические психические расстройства

ООН – Организация Объединенных Наций

ПАВ – психоактивные вещества

ППР – пограничные психические расстройства

РА – расстройства адаптации

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

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

ФМПАГМ – функциональная межполушарная асимметрия головного мозга

ЭЭГ – электроэнцефалография

BVAQ – Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire – Опросник алекситимии Бермонда-Ворста

GDS-15 – Geriatric Depression Scale - Гериатрическая шкала депрессии

TAS – Toronto Alexithymia Scale, Торонтская Алекситимическая Шкала

HAM-A – The Hamilton Anxiety Rating Scale - шкала тревоги Гамильтона

MMSE – Mini-Mental State Examination — малая шкала определения ментального статуса.

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность темы исследования**

В XXI веке одной из социальных и медицинских проблем является увеличение в популяции числа пожилых лиц и рост среди них нуждающихся в медицинской, и социальной помощи [171, 207, 222, 269, 315, 390, 391, 398, 403-405] с одновременным увеличением и числа психических расстройств [60, 191]. В то же время по численности преобладают пограничные расстройства [282, 375], на их долю, по данным Б. Д. Карвасарского (2011) приходится 20,8% среди всех психических заболеваний пожилого населения [110, 111].

А. Г. Соловьев (2016) также отмечает, что в структуре психических заболеваний позднего возраста примерно с 2010 года отмечается снижение доли органических непсихотических расстройств (до 58,5 %), но приводит другие цифры увеличения доли невротических и соматоформных расстройств (до 32,2 %) и расстройств личности (до 4,2 %) [219]. Эпидемиологические исследования геронтопсихиатров в России и за рубежом подтвердили преобладание пограничных психических заболеваний среди лиц старшего поколения. С возрастом повышается риск развития психических расстройств, обусловленных стрессовыми состояниями [65, 163, 249].

Гериатрическая психиатрия или геронтопсихиатрия – сравнительно молодая отрасль психиатрии, развитие которой связывают с изучением клинических проявлений, этиопатогенеза, лечебной и социальной реабилитации пожилых пациентов с диагнозом психического расстройства. Психиатрическая патология пожилых граждан как ранее, так и теперь изучается в довольно ограниченном диапазоне, в основном это деменция, болезнь Альцгеймера, сенильные психозы, шизофрения [78, 204] и в то же время признается, что основная доля (85%) психических нарушений носит легкий, непсихотический характер, которые относят к пограничной психиатрии. Термин «пограничная психиатрия» не

считается научным, но профессионалы здравоохранения им пользуются, подразумевая, что эти отклонения имеют специфику в клинических проявлениях и течении болезни [21].

В настоящее время произошло становление и статусное оформление пограничной геронтопсихиатрии в качестве самостоятельной клинической субдисциплины в лоне российской и мировой психиатрии. Сейчас происходит интенсивное развитие не только пограничной, но и превентивной геронтопсихиатрии как за рубежом, так и в России в рамках биопсихосоциальной парадигмы. Работы Л. Е. Пищиковой (2014), Ю. И. Полищук, Т. П. Калиниченко, З. В. Летниковой (2016) и др. подытожили, что пограничная геронтопсихиатрия включает в себя невротические, связанные со стрессом и соматоформные, в частности соматизированные, расстройства, аффективные расстройства в форме депрессивных и депрессивно-тревожных реакций, органические психические расстройства с легкими и умеренными (додементными) когнитивными нарушениями, личностные расстройства [193, 199].

Ю. А. Александровский (2010) указывает, что в возникновении пограничных психических расстройств (ППР) и декомпенсации основное место занимают психогенные факторы. В МКБ-10 ППР относятся к довольно многочисленному разделу F4, представленными, главным образом, различными вариантами невротических, связанных со стрессом, и соматоформных нарушений [21]. Существует множество определений данного расстройства, и даже отрицание его существования. Среди определений, данных Ю. А. Александровским (2007), Б. Д. Карвасарским (1990), В. Д. Менделевичем и С. Л. Соловьевой (2016), В. Я. Семке (2010) и др., наиболее существенными признаками являются: психогенная природа, обратимость, парциальность, многообразие клинических проявлений, отсутствие изменений самосознания личности и осознания болезни (эгодистонность), ослабление психической адаптации, связь с вегетативными нарушениями и тревожными расстройствами [20, 108, 145, 162, 236, 212].

Невротические расстройства (НР) по нынешней классификации психических болезней МКБ-10 [205, 305], ранее назывались неврозами. Проблема неврозов

остается актуальной, о чем свидетельствует, например, проведение Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии», прошедшей в 2011 г. в Санкт-Петербурге. Профессор Н. Г. Незнанов в своем выступлении на этой конференции подчеркивал, что «расстройства невротического уровня являются одной из наиболее сложных областей современной медицины, так как являются той частью психиатрии, которая, с одной стороны, находится на границах медицинских дисциплин, а с другой – на границах нормы и патологии» [182].

В феврале 2016 г. Правительство РФ приняло «Стратегию действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» [7]. Ключевыми целями государства названы «устойчивое повышение продолжительности, уровня и качества жизни граждан старшего поколения, стимулирование их активного долголетия».

В «Стратегии» отмечено, что «граждане с 60 до 64 лет – это достаточно активные в экономическом и социальном плане люди, продолжающие осуществлять трудовую деятельность...». В связи с этим актуально сохранение психического здоровья, в частности профилактика непсихотических психических расстройств, лечение, изучение НР у пожилых пациентов, которые обычно не ведут к полной утрате трудоспособности.

### **Степень разработанности проблемы**

В действующей МКБ-10 отсутствует геронтопсихиатрический раздел. Как считает Л. Е. Пищикова (2014), отсутствие современной унифицированной классификации психических расстройств позднего возраста затрудняет их правильную диагностику, объективизацию и ретроспективную оценку [193]. Дискуссии по грядущему принятию МКБ-11 не касаются невротических расстройств [302, 318, 351, 400]. В то же время вопросы диагностики и лечения заболеваний раздела F4 МКБ-10 активно разрабатываются [18, 34, 35, 107, 235, 241, 332, 356]. Н. А. Косенко с соавт. (2014), О. Г. Сыропятов с соавт. (2018), Г. В. Ломакина с соавт. (2019) и др. поднимают проблемы методологии изучения



медико-биологических, социально-экономических и демографических характеристик больных с невротическими и соматоформными расстройствами. [124, 141, 228].

Вместе с тем невротизм позднего возраста изучен слабо, и, хотя психическому здоровью пожилых уделяется все больше внимания [123, 217, 218, 285], но НР обычно остаются в тени. В изученной литературе НР позднего возраста представлены редкими исследованиями по сравнению с другими возрастными группами. В Национальном руководстве 2014 года «Старение: профессиональный врачебный подход» [137] 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.

В мае 2016 г. состоялся шестой Национальный конгресс по социальной психиатрии и наркологии. Из 335 сообщений, представленных на конгрессе, только 8 непосредственно касались пожилых пациентов, но заболеваний невротического спектра не приведено. В этом же году на четвертом съезде российской психотерапевтической ассоциации из 11 работ, посвященных НР, только 4 доклада касались непосредственно НР пожилых. Уже много лет проводятся Международные научно-практические конференции, посвященные Международному дню пожилого человека. В 2017 г. на конференции «Психическое здоровье и качество жизни лиц пожилого возраста: междисциплинарный подход» проблема НР не затрагивалась.

Темой XVII международного конгресса Всемирной психиатрической ассоциации 2017 г. объявлена «Психиатрия 21 века: контекст, противоречия и заинтересованность». На конгрессе было более 1000 участников из 130 стран. В качестве отдельной темы обсуждались «Невротические, стрессовые и соматоформные расстройства». Работ по геронтопсихиатрии представлено не было.

Поскольку в социальном аспекте потерей трудоспособности считается наступление пенсионного возраста, такой переломный момент в жизни человека может сопровождаться нарушением психического здоровья в виде пред- и пенсионных неврозов. В большом медицинском словаре пенсионный невроз определен как невротическое состояние, развивающееся в связи с уходом на пенсию у неуверенных в себе лиц со слабыми контактами с окружающими. Этот невроз проявляется астенодепрессивным синдромом [37]. В зарубежной и отечественной литературе выход на пенсию рассматривается социологами, политологами, социальными работниками, геронтологами [184, 185, 265, 272, 355].

Однако пенсионные неврозы в исследованиях психиатров практически не представлены.

В исследовании В. Г. Будзы и Е. Ю. Антохина (2011) приведены характеристики психопатологических отклонений при неврозах в пожилом возрасте. Как считают авторы, «исследования пограничных психических расстройств требуют более глубокого изучения патогенетических составляющих, таких как психологические защиты и копинг-стратегии, которые мало изучены, тем более, что их роль определяется важными патопротекторными функциями». Однако в этой работе не выделены и не исследованы именно НР в пенсионном периоде [41].

Работ, посвященных изучению личностных особенностей пожилых лиц, находящихся в психиатрическом стационаре по поводу НР, в доступной нам литературе не встретилось. Проблема развития НР у работающих и не работающих пенсионеров исследователями не разрабатывалась. Таким образом, актуальность данной темы определяется тем, что практически полностью отсутствуют работы по изучению невротических расстройств у женщин пенсионного возраста в сравнении неработающих и работающих групп. Вышеизложенное подтверждает, что тема диссертационного исследования актуальна и отвечает задачам сохранения психического здоровья и трудоспособности граждан в пенсионном возрасте, что и определило цель исследования.

## **Цели и задачи исследования**

**Цель:** выявление клинико-психопатологических характеристик женщин пенсионного возраста, страдающих невротическими расстройствами, в двух группах - не занимающихся профессиональной деятельностью и продолжающих трудиться, в аспекте персонификации терапии.

В соответствии с указанной целью были поставлены следующие **задачи:**

1. Выявить социально-стрессовые факторы риска развития невротических расстройств в группах женщин, оставивших трудовую деятельность и продолжающих работать.
2. Оценить психопатологические показатели пациенток в зависимости от уровня сопротивляемости стрессу.
3. Определить мишени для личностно-ориентированной психотерапии.
4. Разработать основные направления лечебно-психотерапевтических мер с учетом клинико-социальных и психопатологических характеристик больных.

## **Научная новизна**

Полученные результаты показали, что впервые:

- 1) выявлены стрессовые факторы, связанные с наступившим или угрожающим выходом на пенсию, и стрессоустойчивости как ресурса адаптации при невротических расстройствах у работающих пожилых пациенток в сравнении с неработающими;
- 2) изучены, выявлены, теоретически обоснованы и экспериментально установлены личностные особенности (показатели мотивационно-потребностной, эмоциональной сферы, системы отношений, механизмов психологической защиты, копинг-стратегий и др.) пожилых пациенток психиатрического стационара, страдающих невротическими расстройствами в пенсионном возрасте;
- 3) выделены показатели, отличающие пожилых женщин с невротическими расстройствами, оставивших работу в пенсионном возрасте, от работающих пенсионерок, получающих лечение в психиатрическом стационаре также по поводу невротического расстройства;

4) углублены представления о составляющих дисгармоничной структуры личности пожилых женщин с невротическими расстройствами;

5) установлено, что по критерию «общение» и «творческая активность» работающие пациентки достоверно легче общаются и чаще проявляют творческую активность, для них также характерна более высокая общежитейская и рабочая мотивационная направленность;

6) на основе результатов факторного анализа выделены личностные профили трех групп больных; в зависимости от установленного профиля определены «мишени» психотерапевтического лечения; адаптированы и апробированы комплексы психотерапевтических методик для каждой группы пожилых пациенток;

7) с учетом качественных и количественных психопатологических показателей, симптоматики и наличия сопутствующей патологии разработана тактика и стратегия подбора психофармакологических препаратов;

8) установленные значимые отличия показателей у работающих и неработающих пенсионеров при одинаковых диагнозах позволили персонализировать лечение, прогнозировать и использовать трудовую мотивацию как ресурс адаптации.

**Теоретическая и практическая значимость работы** состоит в расширении современных представлений геронтопсихиатрии и геронтологии о психопатологических механизмах формирования невротических расстройств в пенсионном периоде онтогенеза.

Установленные отличия пожилых женщин с невротическими расстройствами, прекратившими профессиональную деятельность, от пациентов, продолжающих работать после выхода на пенсию, позволяют выделить новые составляющие невротического психопатологического симптомокомплекса. В работе показано, что особенности личности и стратегия адаптации к фактору прекращения или продолжения трудовой деятельности определяют выбор методов и приемов психотерапии наряду с психофармакологическим лечением.

Также показано, что психотерапевтическая практика должна исходить из особенностей личности пациенток, определяемой не объективными причинами, а субъективным характером восприятия болезни и сопутствующими этому переживаниями.

Полученные дифференциально-диагностические критерии отличия пожилых пациентов с невротическими расстройствами, оставивших трудовую деятельность, от пациентов, продолжающих трудиться в пенсионном периоде, позволили выделить отдельные компоненты психопатологического симптомокомплекса и рекомендовать их геронтопсихиатрам и психотерапевтам в лечении неврозов лиц, переступивших пенсионный рубеж.

Практическая значимость работы заключается в обосновании и проверке возможностей использования предложенного комплекса фармакопсихотерапевтических методик в лечебной, коррекционной и развивающей работе с пожилыми пациентками, страдающими невротическими расстройствами.

Внедрение результатов исследования в рамках биопсихосоциальной концепции нацеливает специалистов пограничной психиатрии на выявление деформированной структуры личности пациента и социальных причин болезни, которые являются первичными, а эмоциональные и вегетативные нарушения производными.

Выявленные и теоретически обоснованные медико-психотерапевтическими методами и методами клинической психологии показатели личностных характеристик пациенток позволяют целенаправленно индивидуализировать психотерапию.

### **Методология и методы исследования**

В настоящей работе в качестве методологической основы определен диалектический системный подход к пониманию психопатологии в психиатрии, биопсихосоциальная концепция психических расстройств, патогенетическая концепция невротических расстройств, имеющая в основе теорию отношений, стратегии в отношении психического здоровья граждан позднего возраста

(Бехтерев В. М., Знаков В. В., Карвасарский Б. Д., Коцюбинский А. П., Ломов Б. Ф., Мясищев В. Н. и др.) [31, 86, 87, 109, 122, 145, 174, 175].

Объем экспериментального материала представлен наблюдениями, включающими эпикризы и результаты психопатологических исследований 200 пациенток, пролеченных в отделении № 11 СКПБ № 1 и дневном стационаре СПб № 7 г. Краснодара в 2014-2019 гг.

В соответствии с целями и задачами данного исследования применялись клиничко-диагностический, психопатологический, психометрический и статистический методы.

Исследование проводилось в несколько этапов.

Этап 1. Теоретический анализ литературы по проблеме исследования с выделением особенностей диагностики и лечения невротических расстройств в пенсионном возрасте.

Этап 2. Подбор, адаптация и модернизация комплекса психодиагностических методик для проведения исследования, адекватных его целям и возрастным особенностям испытуемых.

Этап 3. Психопатологическое исследование.

Этап 4. Разработка и использование в процессе медикаментозного лечения комплекса психотерапевтических методик.

Этап 5. Статистический анализ полученных результатов.

Этап 6. Разработка практических рекомендаций для врачей-психиатров и психотерапевтов по оптимизации процесса лечения невротических расстройств в пенсионном возрасте и внедрение в практику.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Изучение и лечение пограничных непсихотических расстройств, преобладающих в пожилом возрасте, имеет значение для сохранения трудоспособности лиц старшего поколения

2. Факторами риска развития НР для пациенток выборки по данным опроса являются неуверенность в завтрашнем дне и страх материального обнищания, а

также установленные психопатологическими исследованиями низкие показатели стрессоустойчивости и неадаптивные копинг-стратегии.

3. Патоформирующее влияние структуры личности позднеговозрастных пациенток, продолжающих трудовую деятельность, по сравнению с пациентками, оставившими работу, характеризуется статистически значимо установленными признаками ( $p \leq 0,05$ ): по шкале невротических состояний более низкими показателями тревоги, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений, и статистически значимо более высокими показателями по шкалам невротической депрессии и астении; более высокой стрессоустойчивостью и преобладанием продуктивных и относительно продуктивных когнитивных, эмоциональных и поведенческих копинг-стратегий (способов преодоления стресса); меньшим использованием механизмов психологической защиты в виде регрессии (диспозиция истерии) и замещения (агрессивная диспозиция), а также меньшей степенью напряженности защит; большей направленностью (мотивацией) на общение, творческую активность и на работу; менее оптимистичным отношением к будущему, к прошлому, к семье, к матери, к друзьям и сотрудникам, противоположному полу и большими сожалениями о нереализованных возможностях.

4. Определены три подгруппы пациенток:

1) пациентки, отличающиеся низкой стрессоустойчивостью, непродуктивным копингом, высоким уровнем алекситимии, характерными нарушениями в виде тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений, преобладание общежитической направленности личности, серьезными расстройствами в системе отношений к отцу, матери, себе, страх перед будущим, негативное отношение к прошлому, чувство вины, множество иррациональных страхов.

2) пациентки, отличающиеся пороговой стрессоустойчивостью, относительно продуктивным копингом, риском по развитию алекситимии, нарушениями в виде тревоги, невротической депрессии, астении, вегетативных

нарушений, преобладанием общежитейской направленности личности, преимущественно амбивалентной или безразличной эмоциональной оценкой основных систем отношений с окружающими. Серьезные нарушения наблюдались в области чувства вины и отношения к семье и родным.

3) пациентки, отличающиеся высокой стрессоустойчивостью, продуктивным копингом, отсутствием алекситимии, нарушениями в виде астении и вегетативными нарушениями, преобладанием рабочей направленности личности, наличием страхов и чувства вины. Полученные данные явились «мишенями» для личностно-ориентированной психотерапии.

5. Разработан и внедрен проблемно ориентированный адаптационный тренинг «7 ступеней адаптации», который показал хорошую комплаентность и достаточно высокую эффективность, что свидетельствует о повышении адаптационного потенциала женщин, прошедших данный тренинг.

6. Дифференцированный подход к медикаментозной терапии и применение разработанных и адаптированных схем лечения в зависимости от выраженности психопатологических симптомов позволяет повысить ее эффективность и внести вклад в разработку проблемы лечения невротических расстройств, возникающих в пенсионном периоде.

### **Степень достоверности и апробация результатов исследования**

Первичные материалы исследования (эпикризы и результаты тестирования, таблицы с результатами статистической обработки; образцы изученных литературных источников, оттиски опубликованных работ) проверены комиссией (на основании приказа ректора ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России от 16 апреля 2018 года № 308), установившей соответствие представленных материалов необходимым научным требованиям.

### **Апробация результатов исследования**

По материалам диссертации опубликовано 11 печатных работ, из них 5 – в рецензируемых изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией (ВАК) Минобрнауки России.



Основные положения и результаты работы докладывались и обсуждались на семинарах и конференциях: XIII межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых, магистрантов и студентов (с международным участием) «Развитие региона и социальное творчество молодежи» (22 мая 2012); III Международной научно-практической конференции «Социальная сфера общества: инновационные тенденции развития» (22 ноября 2012 года); всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Междисциплинарный подход к психическим расстройствам и их лечению: миф или реальность?», (Санкт-Петербург, 2014); IX региональной межвузовской учебно-методической конференции с международным участием «Инновации в образовании» (Краснодар, 2018); Международной научно-практической конференции и пятого российско-хорватского психиатрического симпозиума. ГБУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница». Московское областное общество психиатров и психиатров-наркологов Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова (Москва, 2019).

На основании полученных данных разработаны практические рекомендации, используемые в практике ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1 (350063, г. Краснодар, ул. Красная 1), в практике Республиканского психоневрологического диспансера Чеченской республики (364046, г. Грозный, ул. Верхоянская 10) и в практике Карачаево-Черкесского Республиканского государственного Бюджетного Лечебно-Профилактического учреждения «Психоневрологический диспансер» (369000, г. Черкесск, ул. Ленина, 144-а).

**Личный вклад автора.** Диссертант самостоятельно разработала дизайн исследования, провела исследование, составила и обработала базу данных, обобщила результаты, подготовила публикации, а также рукописи диссертации и автореферата.

#### **Объем и структура диссертационной работы.**

Диссертация изложена на 216 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы с описанием материалов и методов

исследования, 2-х глав, посвященных результатам психопатологического исследования и их анализу, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 405 источников, из которых 262 отечественных и 143 зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 43 таблицами, 14 рисунками, 3 клиническими примерами.

# ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

## 1.1. Проблемы исследования старения и особенностей личности в после трудовой период позднего онтогенеза

Общее увеличение в популяции числа пожилых лиц является одним из наиболее важных демографических процессов современного мира и представляет собой, по мнению Т. В. Kirkwood (2008), А. И. Ерзина и А. Ю. Ковтуненко (2019), комплексную многофакторную медико-социальную проблему [79, 340]. И, самое главное, как подчеркивает М. Kozar-Westman (2013), пожилой и старческий возраст превращается в самостоятельный и достаточно продолжительный период жизни со своими социальными и психологическими особенностями [342].

В общемировой культуре нередко наблюдаются резкие колебания между возвеличиванием старости как кульминации мудрости [87, 320], с одной стороны, и воззрением на старость как на полный упадок физических и духовных сил, с другой стороны [348]. Из всех периодов жизни человека старость является одним из самых парадоксальных, чрезвычайно сложных и внутренне противоречивых периодов, долгое время остававшихся наименее изученным. О. В. Белановская (2015) считает парадоксальным не только снижение, но и усиление активности организма в старости, а также реализацию потенциальных возможностей [27]. В старшем возрасте одни способности или возможности, действительно, могут значительно угасать, но другие остаются достаточными для продолжения полноценной жизни [57, 81].

Понятие «старость» имеет различные определения, зависящие от критериев, по которым оно рассматривается. Так, к примеру, Н. А. Шергенг и А. И. Нафикова (2017) приводят рассмотрение данного термина сквозь призму биологического, социологического и психологического аспектов. В таком случае биологически старость представляет собой процесс «дряхления» организма, затухания всех его

жизненно важных функций; социологически – это социальная роль, возникающая в связи с выполнением индивидом определенных социально значимых функций, таких как, например, воспитание внуков, и, психологически – старость есть поздний период жизни, «неотъемлемыми атрибутами» которого являются – психологический дискомфорт, депрессия, одиночество и хронические заболевания, и, кроме того, самовосприятие человеком своего места в социальной структуре общества [255].

Международные исследования процессов старения признаны Организацией объединенных наций (ООН) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) глобальными вопросами повестки дня, что связано с широким кругом демографических, политических, социально-экономических, культуральных, медицинских и криминологических проблем, что наряду с повсеместной неразвитостью геронтологической службы и отсутствием специалистов соответствующего профиля обуславливает особую уязвимость и виктимность людей позднего возраста [61, 114, 134, 195, 221, 222, 310, 319].

М. А. Батин, создатель и президент Фонда «Наука за продление жизни», член Попечительского совета Института исследований старения Бака (Калифорния, США), обратился в Аппарат Правительства РФ (02.12.2015 г.) и Министерство Здравоохранения РФ (18.11.2015 г.) с заявлением о включении старения в перечень социально значимых заболеваний [85]. Заявитель ссылается на многочисленные зарубежные и отечественные исследования по лечению старения [137, 287, 316, 317, 396 и др.].

Однако не менее многочисленны и противники признания процесса старения болезнью, выдвигая аргументы старения как нормального и естественного процесса, связанного с увеличением бремени болезней, подлежащих лечению [294, 303, 311, 336, 345, 367, 378 и др.].

Кроме того, в пожилом возрасте возникают состояния здоровья, которые не охвачены традиционными классификациями болезней (например, старческая дряхлость, распространенность которой у людей старше 65 лет может составлять около 10%) [60].

Как справедливо отмечает О.В. Краснова (2010), существует не много фундаментальных отечественных и зарубежных исследований личности пожилого человека [130]. Как правило, изучаются и описываются отдельные личностные качества, способствующие, или препятствующие успешному старению [158, 225, 268, 294, 326, 339, 382]. Здоровому старению и способам его достижения посвящен большой массив публикаций как отечественных, так и зарубежных авторов [215, 288, 300, 309, 312, 335, 344, 357, 380, 401]. При этом целью работников медико-социальных служб (гериатров, геронтологов, социальных педагогов и геронтопсихологов), признано не просто увеличение продолжительности жизни «любой ценой», но достижение активной старости, удлинение периода работоспособности и оптимального состояния здоровья [56, 190, 289, 298, 389].

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 [140].

Современные пожилые люди демонстрируют все большую самостоятельность и ориентацию на социальные контакты и самореализацию [360]. Сегодня в Российской Федерации наметились отчетливые тенденции, направленные на решение вопроса старения путем обеспечения условий, позволяющих пожилым сохранять активность как можно дольше, и значительным образом совпадающие с принципами предлагаемой ВОЗ концепцией здорового старения [59].

При оценке изменений личности старого человека чаще отмечают негативные признаки, однако не менее важен учет и положительных изменений в интеллектуально-психической сфере. Е. В. Макушкин и Л. Е. Пищикова (2014) разработали концепцию старения как благоприятного и нормативного процесса, при котором возможно не только сохранение психических функций, но и дальнейшее эволюционное развитие [155].

Комфорт для пожилого человека связан с выбранной стратегией старения и вместе с тем со степенью удовлетворения потребностей [54, 131, 267, 285, 365, 387]. В числе важных ценностей остаются здоровье, семья, материальный достаток,

жизненная мудрость [320]. На второй план начинают отходить познание, удовольствия, творчество.

Старение человека, по мнению психиатра Ю. И. Полищук (2013), - особая ситуация развития, которая создает психологические, предпсихопатологические и психопатологические формы психических состояний и расстройств [200, 201]. Оно сопровождается упрощением биологической структуры функциональной системы организма, постепенным выпадением или утратой биологических, психических и социальных функций, каждой по отдельности или совместно, обратным развитием отдельных органов и систем, снижением адаптационных возможностей индивидуума [154, 338, 364]. Психолог А. В. Юревич (2018) отмечает, что пожилые люди не адаптируются к среде, а ищут среду, максимально адаптированную к ним [259]. Как считает А. С. Граница (2014), показателем адаптированности к возрасту служит низкий уровень агрессивности [68].

В целом наиболее важными в процессе старения оказываются психологические факторы, которые отражают осознание одиночества как непонимание и безразличие со стороны окружающих. Соответственно, у многих пожилых людей формируется острый внутриличностный конфликт и когнитивный диссонанс, при котором они перестают принимать старость как продуктивную часть жизни [36, 253].

Многим людям трудно смириться с самим фактом старения. Поэтому многие пожилые и старые люди пребывают в подавленном настроении, особенно, если с выходом на пенсию они теряют профессиональные контакты и подвергаются опасности одиночества. Чувство одиночества может приводить к депрессии и чувству своей ненужности [263, 280, 307, 346].

М. С. Pardon (2007) указывает, что лица пенсионного возраста, как мужчины, так и женщины имеют склонность к неадекватной оценке собственного уровня стрессоустойчивости, плохо рефлексиируют собственную личностную тревожность, чувствительность к стрессу [369].

Стратегия старения должна быть позитивной, тогда она определяет возможность последующего личностного развития, к примеру, в индивидуальном

творчестве. По сути, идеалом геронтологии и может быть творческая старость [44, 331]. Противовесом тревоги, печали, раздраженности, недовольству является конструктивный тип приспособления к старости, позволяющий эффективно адаптироваться к новой социальной ситуации [71]. В то же время умеренный уровень тревоги может быть полезен для адаптации, так как усиливает функцию приспособления к старости [33].

Суммируя разнообразные точки зрения, можно заключить, что лица в возрасте 55-70 лет, не страдающие невротическими расстройствами (условно «здоровые»), характеризуются определенными изменениями когнитивной и эмоциональной сферы. Основные характеристики старения – это снижение психической активности, проявляющееся сужением объема восприятия, снижением возможности сосредоточения внимания и скорости психомоторных реакций [14, 38, 189, 278].

Н. Ф. Шахматов (1996) описывает психологический «портрет» старого человека такими признаками, как снижение самооценки, неуверенность в себе и в завтрашнем дне, недовольство собой; опасение одиночества, беспомощности, обнищания, смерти; эгоистичность и эгоцентричность [254, 257].

Нервное напряжение и стрессовые состояния в старости могут быть следствием выхода на пенсию, заболеваниями, смертью близких, потерей смысла жизни, сужением круга общения и одиночеством.

Таким образом, в большинстве исследований периода старения так или иначе прослеживаются признаки невротического расстройства, которым, на наш взгляд, уделяется недостаточно внимания.

## **1.2. Современное состояние проблемы невротических расстройств позднего возраста в психиатрии**

Серьезные исследования нарушений психики в старости проведены профессором С. Г. Жилиным, который в середине прошлого века был инициатором создания первой специализированной геронтопсихиатрической клиники в России [242]. В настоящее время происходит становление пограничной

геронтопсихиатрии, формирующейся на стыке психиатрии, психологии и соматической медицины. Проблемы пограничных психических состояний, которые чаще называют как непсихотические психические расстройства (НПР) давно привлекают внимание психиатров [162, 174, 264, 330-333, 381].

Рост распространенности пограничных психических расстройств в последние несколько десятилетий, отмечаемый во всем мире, объясняется многими факторами. Дезадаптирующее и стрессогенное воздействие на психическое здоровье, в основном, оказывают социальные факторы [146]. Среди них ведущее значение занимают психологические механизмы, которые включают как реакцию человека на внешнюю среду (стрессовые ситуации, повышение темпа жизни, многозадачность, высокую конкуренцию, высокие требования к выполнению профессиональной деятельности, сложности в межперсональных взаимодействиях), так и личностные особенности (уровень нервно-психической устойчивости, эмоциональную лабильность, индивидуально-психологические характеристики, ресурсные возможности) [21, 271].

Пограничные состояния объединяют группу расстройств, характеризующихся главным образом преобладанием проявлений так называемого невротического уровня нарушений психической деятельности [21]. Профессор Н. Г. Незнанов (2011) считает, что «Сегодня существуют две различные точки зрения на неврозы: как самостоятельную нозологическую группу пограничной области медицины со своими этиопатогенетическими механизмами и как расстройства общепсихопатологического невротического регистра, которые наблюдаются при самых различных, и не только психических, заболеваниях» [182].

Рассматривая зарубежные исследования эпидемиологии психического здоровья населения мира периода 2000-2010 гг., И. А. Митихина (2011) резюмирует, что выявляемость НПР среди населения не более 10% [167, 168]. Но о реальной заболеваемости НПР трудно судить. Заниженность показателей можно связать с тем, что больные обращаются к врачам общей практики или к парамедикам, но только не к психиатрам [75, 127, 128, 138, 196]. При этом лечение чаще всего бывает неправильным, невроз может сохраняться в течение



длительного времени. Тогда говорят о затяжном невротическом состоянии, о невротическом развитии личности [26].

Исследования Ф.И. Белялова (2014) показали, что психическими расстройствами страдают от 10 до 50% пациентов, посещающих терапевта [30]. Т. В. Довженко с соавторами на материале обследования около 1,5 тысяч пациентов (в возрасте от 18 до 65 лет) первичного звена здравоохранения установили, что у 46,8% из них имеются признаки НПР, но получают адекватную помощь далеко не все [75].

Пациенты часто неохотно обращаются за психиатрической помощью, что, очевидно, ухудшает их прогноз из-за отсрочки начала лечения и невыполнения врачебных рекомендаций [353]. Все больше людей находит разрешение своих психологических проблем в алкоголе, злоупотреблении наркотиками и транквилизаторами или в других формах аддиктивного поведения [127, 153].

Профессор Б. Д. Карвасарский, создатель Санкт-Петербургской школы психотерапии, в своих последних работах подчеркивал, что «споры, ведущиеся в последнее время относительно самостоятельности невротических расстройств (неврозов), существенно не влияют на их значение в общей медико-социальной практике». Он же приводит слова известного русского терапевта И. А. Кассирского: «Мы, терапевты, являемся основной армией врачей, которые принимают на себя фронтальные атаки больных, страдающих неврозами» [110, 111].

Невротические расстройства, по данным Т. А. Караваевой с соавт. (2011), составляют от 12 до 70 % в структуре общей пограничной психической патологии, а структуре общей психической заболеваемости они составляют от 20 до 30 % [105].

Согласно результатам эпидемиологических исследований Z. Steel et. al. (2014), за 1980-2013 гг., тревожные и стрессовые расстройства составляют самую распространенную группу психических нарушений в мире. Заболеваемость в течение года одними только тревожными расстройствами, относящимися также к

разделу F4 МКБ-10, составляет 6,7 % населения мира [388]. По этим данным можно считать, что половину заболевших составляют пожилые люди.

Одним из наиболее характерных психопатологических феноменов пожилого возраста считается тревога [88, 107, 183, 296]. В основе страха и тревоги лежит совершенно нормальная эмоция. Однако в пожилом возрасте тревога и страх, усиливаясь под влиянием жизненных условий, могут приобретать патологическую форму.

А. J. Вахтер с соавт. (2011, 2013, 2014) изучили общемировую распространенность тревоги и депрессии в период 1990-2010 годов в 44 странах на базе 87 исследований. По их данным распространенность тревожных расстройств с учетом методологических различий составляет 7,3% (4,8-10,9%) [273, 274, 275]. Что касается старшего поколения, то по данным доклада ВОЗ «Психическое здоровье пожилых людей» (2017), более 20% взрослых в возрасте 60 лет и старше страдают от психических или неврологических расстройств. Наиболее распространенными в этой возрастной группе названы деменция и депрессия, а тревожные расстройства составляют 3,8% [304, 358]. Это соответствует и данным по распространенности психических расстройств в Российской Федерации [101, 102]. Многие видные геронтопсихиатры считают наиболее частыми видами психических нарушений в геронтопсихиатрической практике депрессивные и когнитивные расстройства [62, 63, 107, 169, 199, 343].

Для пожилых пациентов характерно сочетание тревожных расстройств с депрессией. Н. Н. Иванец с соавт. (2014) изучали сходство и отличия тревожных расстройств от тревожных депрессий у 160 женщин в возрасте старше 50 лет, с диагнозами, относящимися к рубрике F3, F4 и F06.3 по МКБ-10, получавших стационарное лечение. Оказалось, что большинство показателей у больных с тревожными расстройствами и тревожными депрессиями по шкале тревоги Гамильтона (HAM-A), шкале оценки когнитивных функций (MMSE) и гериатрической шкале депрессии (GDS-15) различаются незначительно. Только оценки шкалы Монтомери-Асберга для оценки депрессий в группе диагнозов F3 и F06.3 были значительно выше. Авторы считают, что тревога у пожилых больных

вариабельно сочетается с симптомами астении, депрессии, сенесто-ипохондрии, легких когнитивных нарушений и сомато-вегетативной дисфункции в рамках различных психических расстройств: невротических, тревожно-фобических, соматоформных, аффективных и органических [88].

Давно отмечено, что только 40% пожилых свободны от невротических расстройств [286]. Эпидемиологические исследования геронтопсихиатров в России указывают на преобладание пограничных психических заболеваний среди лиц старшего поколения, обусловленных стрессовыми состояниями [199]. В работе Н. К. Демчевой с соавт. (2017) приводятся статистические данные по психическим расстройствам непсихотического характера с 2000 по 2016 годы, согласно которым невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства у лиц от 60 лет и старше по темпам прироста составили 16,7% [73].

В современных условиях, по словам главного внештатного психиатра МЗ РФ З. И. Кикелидзе (2016), «отмечается недостаточность учреждений здравоохранения и специалистов, оказывающих высокопрофессиональную гериатрическую помощь, в том числе врачей — психиатров, обладающих специальными познаниями в области гериатрической психиатрии, отсутствует и такая специальность» [113].

Проблемы психического здоровья недооцениваются медицинскими работниками и самими пожилыми людьми, и стигматизация, окружающая эти условия, заставляет людей неохотно обращаться за помощью [358].

Требует доработки и нормативно-правовая база гериатрии. Федеральные законы РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» положений по геронтопсихиатрии не содержат [1, 2]. Действующий Приказ МЗ РФ №297 от 28.07.1999 г. [3], предусматривал увеличение показателей медико-социальной помощи пациентам старших возрастных групп, но в отношении геронтопсихиатрической помощи специального правового регулирования практически нет. В 2012 г. утвержден «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах», однако пациенты старшего возраста как специфическая группа не выделены [4].

В Краснодарском крае действует Государственный стандарт качества социального обслуживания пожилых граждан и инвалидов, принятый в 2010 г. [6], но он распространяется только на государственные стационарные учреждения социального обслуживания.

Основателями пограничной геронтопсихиатрии следует считать В. Я. Семке, Б. Д. Цыганкова и С. С. Одарченко [91], в работах которых были выделены четыре группы пограничных состояний: невротические, патохарактерологические, неврозоподобные, психопатоподобные [249]. Каждая группа отличалась преобладанием отдельных факторов генеза, этапностью течения клиники и спецификой личностных деформаций.

Как видим, данные различных авторов показывают достаточно высокий разброс статистических показателей по НПП в пожилом возрасте. А. В. Агейкин с соавт. (2019) считают, что такой разброс может быть связан с недостаточной выявляемостью этих состояний, трудностью разработки единых диагностических критериев, различной методологией исследований [13].

В рамках патогенетической концепции неврозов В. Н. Мясищева (1960) невротические расстройства могут возникать в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают обобщенные, особо значимые, эмоционально насыщенные отношения личности, занимающие центральное место в системе ее отношений к действительности. Стресс возникает тогда, когда тенденции и возможности личности вступают в противоречие с требованиями и возможностями, которые ей предъявляет действительность [177].

Следует отметить, что в настоящее время понятие «стресс» используется в разных значениях. Современные работы в области исследования стресса во многом опираются на разработки У. Кэннона и Г. Селье. В отечественной литературе феномен стресса чаще описывается в контексте системной модели адаптации человека [239]. В публикации М. Ю. Любченко и В. В. Столяровой (2016) приводятся цифры – только 10% населения стрессоустойчивы, 25% переживают стресс с потерями для здоровья, 2/3 всех заболеваний занимают невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства, среди больных

доминируют женщины в соотношении 8/1 [146]. С. И. Гаврилова и Я. Б. Калын (2002) подчеркивали значительную роль стрессогенных жизненных событий в развитии психической патологии в пожилом возрасте [64].

В экспериментальных работах G. P. Chrousos, P. W. Gold (1992) были продемонстрированы разнообразные последствия острого и хронического стресса для функционирования организма [299]. Показано, что данные эффекты могут выступать в качестве звеньев патогенеза многих хронических соматических заболеваний. В зарубежных исследованиях установлена связь стресса и старения [369, 399].

Увеличение в популяции числа пожилых лиц в современном мире, как подчеркивают Kowal Paul, Williams Sharon, Chatterji Somnath (2011) сопровождают социально-экономические реформы [341]. В России пенсионная реформа выбрала методы повышения пенсионного возраста, поэтому повышение устойчивости к стрессам в пожилом возрасте актуально, как никогда. Сочетание позднего возраста, низкого уровня доходов, плохого соматического состояния создает мощный комплекс взаимосвязанных факторов, образующих устойчивую «почву» уязвимости к стрессам. Длительный сильный стресс, как указывают многие отечественные и зарубежные авторы вызывает тяжелые продолжительные психогенные депрессии, часто первично устойчивые к лекарственной и психотерапии [97, 281, 327, 337, 346, 347].

С. Л. Соловьева, изучая в 2010 г. вопросы стрессоустойчивости, считает, что близким к отечественному понятию этого термина, но отражающим преимущественно его личностный план является понятие жизнестойкости, наличие которой определяет более благоприятный медицинский прогноз [220].

Чем старше была личность на момент тяжелой психической травмы, тем больше вероятность развития у неё серьезных психических и соматических расстройств [210]. Как взаимодополняющие механизмы преодоления стрессовых воздействий и адаптации к психотравмирующим факторам большинством исследователей рассматриваются копинг-стратегии и психологическая защита [50, 211]. В 1966 году Р. Лазарус обозначил копинг-стратегии как «когнитивные и

поведенческие попытки справиться со специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются как чрезмерные или превышающие ресурсы человека» [136].

Психологи считают совладание с трудной (стрессовой) ситуацией адаптивным поведением, используемым в стрессовых ситуациях для регуляции эмоциональных состояний, с целью уменьшения воздействия стресса, чтобы прекратить, избежать или вытерпеть действие стрессора [11, 133, 297].

Из многочисленных определений можно выделить три составляющих совладающего поведения: стрессогенную причину, адаптационную функцию, приспособление на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях.

Понятие «стресс» в копинге несколько отличается от того понятия общего адаптационного синдрома Г. Селье. В то же время Селье разделил стресс на два вида. Если стресс не наносит вреда организму – речь идет об эустрессе. Стресс, наносящий организму вред (вызванный продолжительными негативными воздействиями), называют дистрессом. В копинге под стрессом понимают именно дистресс, или дискомфорт, испытываемый человеком при дезадаптации. По S. Folkman и R. S. Lazarus (1998) оценивает ситуацию как стрессовую или нет сам человек, сопоставляя запросы среды с собственной оценкой ресурсов, которыми он владеет, чтобы справиться с этими самыми запросами [313]. Эти же авторы выделяют два вида копинга – проблемно-ориентированный и субъектно-ориентированный. Существуют различные классификации копинг-стратегий. Наиболее популярной является классификация Е. Нейм (1988), который выделил когнитивные эмоциональные и поведенческие копинг- стратегии. При этом все виды копинг-стратегий поведения разделяются с учетом степени их адаптивных возможностей – на адаптивные, частично (относительно) адаптивные и неадаптивные [329].

В психологии и психиатрии, как считает Е. А. Трифонова (2012), накоплен значительный объем эмпирических данных, свидетельствующих о важной роли стиля совладания со стрессом в формировании качества жизни, риска развития

соматических заболеваний, а также медицинского и психосоциального прогноза. [238].

А. В. Волкова и И. В. Михайлова (2018), изучая возрастную специфику стратегий совладающего поведения, установили, что молодые люди используют неадаптивные копинг-стратегии (бегство-избегание), с возрастом копинг-стратегии становятся адаптивными (самоконтроль, планирование решения проблемы) [58].

В зарубежной литературе можно встретить понятие копинг-компетентности (coping competence) – способность и готовность личности к адекватной оценке проблемных (стрессовых) ситуаций и конструктивному реагированию на них, что препятствует развитию депрессивных состояний. При этом в качестве ключевых в структуре копинг-компетентности выделяются когнитивные тенденции, противоположные когнитивным искажениям — предикторам состояния выученной беспомощности (тенденции воспринимать негативные события как глобальные, стабильные и неподконтрольные) [385].

В настоящее время единые представления о содержании этого понятия отсутствуют. В литературе встречаются как широкие, так и частные его трактовки, которые можно систематизировать следующим образом:

- копинг-компетентность как синоним стрессоустойчивости;
- копинг-компетентность как специфическая характеристика, отражающая умение точно отражать существенные признаки проблемной ситуации и выбирать адекватный способ поведения (Е. А. Трифонова, 2013) [239].

Другие исследователи называют конструкт «жизнестойкость» (hardiness) [350].

В публикациях В. М. Ялтонского, Н. А. Сироты (2008, 2010) предложено и обосновано новое направление профилактики заболеваний - копинг-профилактика, теоретической базой которого послужила модель опережающего, ориентированного на будущее совладания. При этом превентивное повышение устойчивости к стрессам, как полагают авторы, может снизить вероятность возникновения дистресса или снизить тяжесть проявлений дезадаптации в

результате стрессового события. Копинг-профилактика явилась научной основой для создания и последующего внедрения в медицинскую практику программ формирования здорового жизненного стиля (первичной, вторичной и третичной программ копинг-профилактики). [121].

В литературе существуют разные точки зрения на совладающее поведение и особенности травматизации в пожилом возрасте. Исследования совладания пожилых людей, живущих в разных условиях, семьях или домах-интернатах престарелых, показало, что возрастание сензитивности к стрессорам приводит к использованию ими ограниченного количества стратегий, главным образом, отвлекающего типа. Использование руминативного копинга (настойчивых, повторяющихся жалобных размышлений/рефлексии, связанных с беспокойством) ведет к депрессивным состояниям (у пожилых из дома-интерната чаще, чем у живущих в семье) [45, 133].

Н. Е. Харламенкова с соавт. (2014) изучали взаимосвязь выраженности признаков посттравматического стресса и стратегий совладания у людей старше 60 лет. В проведенном авторами исследовании приняли участие 76 респондентов: 19 мужчин и 57 женщин, средний возраст по выборке составил 69,5 лет. Уровень образования, профессия, социальный и экономический статус не учитывались. Показано, что у пожилых людей с высоким уровнем посттравматического стресса наблюдается тенденция повышения показателей эмоционально ориентированного копинга. При низком уровне посттравматического стресса наблюдается повышение показателей проблемно ориентированного и эмоционально ориентированного копингов [246].

S. Sorensen, J. K. Hirsch, J. M. Lyness (2014), изучая оптимизм у пожилых людей, потребность в помощи и копинг поведение, сделали вывод о том, что пожилой возраст ассоциируется с увеличением потребности в помощи, а также увеличением копинг-стратегий в целом [387].

Особенности пожилого и старческого возраста таковы, что снижение стратегий совладания может привести к посттравматическому стрессу, вызванному давней (может быть и детской) травмой. Так, в исследовании Ch. M. Ogle,



D. C. Rubin, I. C. Siegler (2013) отмечается, что у пожилых людей травма, полученная в детстве, вызывает более серьезные симптомы посттравматического стрессового расстройства в настоящем по сравнению с травмой, полученной во взрослом возрасте. По мнению авторов, полученные ими результаты, показывают устойчивую природу травматических событий, возникающих в начале жизненного пути, и подчеркивают важность изучения условий развития человека и долгосрочные последствия травматического опыта [366].

Копинг-стратегии активно изучаются в рамках медицинской психологии в аспекте адаптационных механизмов здоровья и болезни. Исследуются возрастные и гендерные особенности совладания со стрессом [58]. Л. Ш. Мустафина и Н. Е. Харламенкова (2014) изучали уровень травматизации и эмоционально-ориентированный копинг в пожилом возрасте у здоровых 18 мужчин и 56 женщин (средний возраст 62,5 года) и установили, что проблемно-ориентированный копинг позволяет совладать с травмами и сохранять человеку психическое здоровье, но при условии наличия у него дополнительных жизненных ресурсов [173].

Исследования копинг-поведения у больных неврозами проводились Р. К. Назыровым [179], Е. Л. Николаевым и Е. С. Суловой [186, 227], Е. А. Колотильщиковой [121] и др.

В исследованиях Д. Н. Чугунова (2006) в поведении больных (99 пациентов) с невротическими, соматоформными и связанными со стрессом расстройствами адаптации установлено преобладание копинг-стратегий, направленных преимущественно на снижение эмоционального дискомфорта, а не на разрешение проблемной ситуации [252].

В работах Е. Р. Исаевой, Н. В. Зуйковой, Л. И. Вассерман, Г. А. Ивановой, М. И. Фещенко, О. Н. Ивановой и R. E. Gur, R. C. Gur (2002, 2004, 2008, 2009, 2010) на контингенте больных в возрасте от 20 до 60 лет с невротическими и связанными со стрессом расстройствами обнаружилась тенденция к уходу в болезнь в стрессовых ситуациях с формированием состояния беспомощности, чувства неполноценности и социальной изоляции. С возрастом усиливается тенденция к

«энергосберегающим» и предупреждающим способам преодоления стресса: эмоциональному дистанцированию и избеганию проблем. [93-97].

Наиболее масштабное исследование механизмов совладания у больных невротиками провел Е. И. Чехлатый (2007), показавший, что обозначенные пациенты достоверно реже, чем здоровые люди, используют адаптивные эмоциональные и поведенческие копинг-стратегии. В плане когнитивных механизмов копинга указанные больные, напротив, демонстрировали более адаптивное поведение сравнительно со здоровыми лицами [251].

И. Р. Абитов (2013) изучал особенности совладания со стрессом в норме и при психосоматических и невротических расстройствах и при этом установил, что здоровые лица отличаются более частым использованием активных и адаптивных копинг-стратегий и прогностических способностей при совладании со стрессом, а лица, страдающие невротическими расстройствами, отличаются более высокой выраженностью механизмов психологической защиты, пассивных и неадаптивных копинг-стратегий. Лица, страдающие психосоматическими расстройствами, занимают промежуточное положение по выраженности механизмов психологической защиты, пассивных копинг-стратегий и прогностических способностей между здоровыми испытуемыми и испытуемыми, страдающими невротическими расстройствами [11].

При целом ряде пограничных психических расстройств была установлена положительная связь между уровнем алекситимии, депрессии и тревоги [279]. В связи с этим были высказаны предположения, что алекситимичные черты развиваются на основе предшествующей тревоги и депрессии, вызванной неудовлетворенностью жизнью [352].

Лексикон психиатрии ВОЗ определяет алекситимию (АТ) как неспособность индивида осознавать свои собственные чувства или тревогу, часто связанную с предшествующим насилием или угрозой [139]. АТ считается сложным психологическим феноменом, который, несмотря на многолетнюю историю его изучения, не имеет единой научной концепции, позволяющей объяснить причины

и механизмы ее развития. АТ рассматривалась как вариант предрасположенности к развитию психосоматических и соматоформных расстройств [232, 247, 330, 394].

G. J. Taylor (2000) считает АТ особым когнитивным стилем языка и мышления, характеризующийся дефицитом обработки информации, связанной с эмоциями и описывает АТ как неспецифический фактор риска развития психосоматических заболеваний [394].

В настоящее время понятие алекситимии употребляется значительно шире контекста психосоматических концепций, где оно первоначально возникло. Отмечено, что АТ не имеет нозологической специфичности, что подтверждено регистрацией алекситимических характеристик у широкого круга больных с психическими и соматическими заболеваниями [96, 229, 256].

В исследованиях D. Grynberg et al. (2010) была показана склонность лиц с выраженной алекситимией испытывать эмоциональное заражение при дефиците сочувствия [325].

Феномен АТ продолжает активно изучаться в различных сферах соматической и психической патологии [82, 121]. Для этих целей во всем мире используются два базовых опросника АТ:

1) TAS (Toronto Alexithymia Scale, Торонтская шкала алекситимии, 1985). В 2010 г. в России была опубликована валидизированная русскоязычная версия TAS-20.

2) BVAQ (Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire, 1998). Состоит из 40 пунктов, представляет собой два параллельных опросника по 20 пунктов каждый (BVAQ 20A и BVAQ 20B).

Проводимое в рамках адаптации Торонтской алекситимической шкалы (TAS) исследование уровня АТ у больных неврозами и здоровых лиц показало статистически достоверные различия между этими выборками (Д. Б. Ереско, Г. Л. Исурин и др., 2005). Авторы доказали, что высокая степень АТ связана у больных неврозами с повышенным уровнем невротичности и соматизации, определяемым с помощью симптоматического опросника Александровича, низкой способностью к воображению, и с правополушарным типом функциональной

межполушарной активности головного мозга [80]. Нейропсихологические исследования при невротических расстройствах, направленные на выявление признаков минимальной мозговой дефицитности (ММД) и особенностей функциональной межполушарной асимметрии головного мозга (ФМПАГМ), включают также и показатели алекситимии [28]. Поиски методов исследования невротических черт личности продолжают [99].

Об актуальности изучения АТ свидетельствует неоднократно переиздававшееся методическое пособие для врачей «Алекситимия и методы ее определения при пограничных и психосоматических расстройствах», и достаточно многочисленные работы современных исследователей проблемы АТ в современном обществе [66, 80, 82, 194, 224, 229, 247, 256]. В то же время у пожилых больных с НР исследований по алекситимии мы не обнаружили. Даже в уникальной монографии «Неврозы позднего возраста» не упоминается о подобных исследованиях.

Е. А. Колотильщикова (2014), анализируя многочисленные научные труды отечественных авторов, посвящённые психодиагностическим исследованиям больных невротическими расстройствами, пришла к выводу, что к настоящему времени достаточно подробно изучена структура личности больных указанной клинической группы, используемые ими механизмы психологической защиты и копинг-стратегии, особенности фрустрационного реагирования [121].

Начало исследованиям механизмов защит было положено З. Фрейдом, затем и А. Фрейд, увидела в них механизм разрешения конфликта между сознанием и бессознательным и адаптации к социальному окружению [314]. Н. Мак-Вильямс (2014) отмечала, что психологические защиты можно рассматривать как способы переживания действительности, позволяющие справиться с тревогой, горем или другими эмоциями и сохранить самоуважение [152].

Наиболее часто в диагностике механизмов психологической защиты (МПЗ) используется опросник «Индекс жизненного стиля» (Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R., 1979), адаптированный вариант [49, 121]. Г. Келлерман и Р. Плутчик установили специфическую сеть взаимосвязей между различными уровнями

личности: эмоциями, защитой и диспозицией (наследственной предрасположенностью к психическим заболеваниям) [372-374].

Р.М. Грановская (2007) считает, что задача психологической защиты — преобразовать тревожащую информацию так, чтобы она не причиняла беспокойства, то есть снизить эмоциональную напряженность, предотвратить дезорганизации сознания, поведения и психики в целом [69].

Российские исследователи также подтверждают, что защитные механизмы характеризуются неосознанностью, искажающим влиянием на действительность, активизацией в фрустрирующих либо психотравмирующих моментах. Они обеспечивают регуляцию и помогают справиться с дезорганизующей ситуацией [95, 97].

В исследованиях M. Diehlet al. на европейской и американской выборке (2014) с помощью лонгитюдного метода проводился анализ копинг-стратегий и защитных механизмов личности в зависимости от возрастных и половых различий. В целом, как утверждают авторы, с возрастом люди начинают использовать более адаптивные стратегии и защиты (сублимация, интеллектуализация и др.), но к старческому возрасту уровень этих защит приобретает характер плато или даже снижается [293].

Интерес к механизмам психологических защит (МПЗ) в клинике неврозов обусловлен тем, что они развиваются в онтогенезе и могут быть выявлены и использованы в психотерапевтических целях.

Исследования психологической защиты у больных неврозами, проведенные сотрудниками Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева в Санкт-Петербурге, подтвердили гипотезу А. Фрейд о связи специфических синдромов с использованием определенных защитных техник. Так, В. А. Ташлыков (1997, 2016) обнаружил, что, например, у больных истерией в 62% случаев было выявлено вытеснение из сферы сознания неприемлемого мотива, а у больных неврозом навязчивых состояний в 82% случаев ведущим механизмом психологической защиты была интеллектуализация, или изоляция аффективных состояний [230, 232].

Однако результаты исследования МПЗ у больных неврозами достаточно разноречивы. Л. И. Вассерман с соавт. (2005) указывают, что больные неврозами меньше, чем здоровые, используют отрицание и больше – замещение, проекцию, вытеснение [49]. В целом, как справедливо отмечает В. А. Ташлыков (1997), создается впечатление, что единого механизма (или единой группы защит), свойственного больным с невротическими расстройствами, которые устойчиво воспроизводились бы в эксперименте, выделить пока не удастся [233].

Изучение МПЗ тесно связано с проблемой изменений, происходящих в мотивационно-потребностной сфере личности после 55-60 лет. Как отмечает О. В. Краснова (2011) до сих пор сохраняется смешение понятий и терминов, когда термином «мотив» обозначают совершенно разные явления. То же самое наблюдается и с понятиями потребностей [131]. Потребности, как известно, – это состояния нужды организма в том, что необходимо для его нормального существования и развития. Иерархия потребностей – это их соподчинение по степени важности. Под важностью обычно понимают то значение, которое имеет в жизни человека регулярное и достаточно полное удовлетворение этой потребности. Самая важная потребность обычно тесным образом связана с целью и смыслом жизни человека. Потребности имеют особенность перестройки своей иерархии в течение жизни. Люди разного возраста имеют различную иерархию разнообразных потребностей [175].

Удовлетворяются определенные потребности с помощью мотива. Англ. «*motive*» переводится как «побуждение», «стремление», «импульс». Источником побудительной силы мотива и соответствующего побуждения к деятельности выступают актуальные потребности. Мотив определяется как предмет, отвечающий потребности, а потому побуждающий и направляющий деятельность. Анализ работ советских ученых по теории деятельности (Леонтьев А. Н., Рубинштейн С. Л.) позволяет уточнить соотношение потребностей и мотивов – потребность неосознаваемая структура психики, мотивы же осознаются как желания, хотя выделяются и неосознаваемые мотивы, обозначаемые как влечения. [175]. Как считают сторонники концепции плохой адаптации, одной из причин

развития невротических расстройств является блокада тех или иных потребностей [122].

Мотивационный (потребностный) подход к возникновению неврозов развивал А. Маслоу (1998), называя ведущими причинами неудовлетворение потребности в сохранении жизни и в безопасности, в самоуважении и в сопричастности, в любви, уважении и признании [цит. по 121, с. 14]. В большинстве отечественных и зарубежных работ изучаются потребности пожилых людей в области здравоохранения и социального обслуживания [54, 56, 223, 226, 365]. В литературе описаны возрастные изменения мотивационно-потребностной сферы лиц (55–65 лет), не страдающих НР:

- ценностные ориентации отражают те же потребности, которые присущи людям среднего возраста и молодежи; специфическими являются ориентация на освобождение от дел и на внуков;

- потребности постепенно снижаются от профессиональных до потребностей чисто витального порядка;

- в условиях современности возрастает самостоятельность пожилых людей, усиление их самоориентации на самореализацию и социальные взаимодействия;

- наиболее важными ценностями являются здоровье, жизненная мудрость, материально обеспеченная, счастливая семейная жизнь; не придается особого значения удовольствию, творчеству, равенству, познанию [12; 36; 38; 71; 81; 130-132; 147; 220; 225; 259; 268; 358; 387].

Б. Д. Карвасарский с соавт. (2011) считают, что патология мотивационно-потребностной сферы является центральным звеном личностных нарушений при различных психических отклонениях [109]. Т. А. Караева с соавт. (2013) проводили экспериментальное психосемантическое исследование потребностей и мотивов пациентов (80 больных среднего возраста) с различными типами НР, проходивших стационарное лечение. Авторы выяснили, что пациенты с НР характеризуются высоким уровнем когнитивной сложности, они плохо осознают и дифференцируют свои переживания и потребности, что осложняет возможность их удовлетворения и увеличивает эмоциональное напряжение. Среди всего спектра

существующих потребностей и мотивов наиболее выраженными осознаваемыми потребностями у них являются стремление к самоутверждению и общению, а неосознаваемыми – желание эмоционального благополучия, интерес к общению и активному отдыху [106].

По данным литературы в пенсионном возрасте меняется мотивация трудовой деятельности: стремление к труду имеет не столько материальный, сколько эмоциональный мотив. Для самоутверждения важна сама неутраченная способность к труду, а деньги выступают эталоном её оценки. Для наиболее благополучного течения позднего периода жизни чрезвычайно важны сохранение связей с профессиональной сферой, продолжение трудовой деятельности. Если же эта связь обрывается сразу же после ухода на пенсию, то человек, за счет выпадения профессиональных привязанностей может испытывать трудности адаптации к сужению круга интересов, круга общения. В целом утрата сферы трудовой деятельности, как считают некоторые авторы, является причиной пенсионных неврозов [10, 250].

Значительное количество работ посвящено мотивации в психотерапии неврозов [83, 84, 120, 164 и др.]. Что же касается пожилых пациентов с НР, то их мотивационно-потребностная сфера представлена единичными работами. Так, в нашем исследовании (Г. В. Ломакина, С. А. Губа, 2016) изучены показатели, характеризующие потребностную сферу пожилых пациенток, пролеченных в стационаре с диагнозом «Смешанное тревожно-депрессивное расстройство дезадаптационного генеза» и выявлены особенности, характерные для женщин пенсионного возраста, оставивших трудовую деятельность (26 пациенток) и тех, кто продолжает трудиться (24 пациентки). Исследован уровень субъективной удовлетворенности актуальных базовых потребностей по методике В. В. Скворцова (1986) – материальные потребности, потребность в безопасности, потребность в межличностных связях, потребности в уважении и признании и потребность в самореализации. В целом для всех испытуемых характерным показателем является частичное удовлетворение базовых потребностей. Сравнительный анализ показал, что у пациенток, оставивших трудовую



деятельность, больше лиц с неудовлетворенными потребностями в безопасности (статистически значимо), в уважении и межличностных связях.

По выборке в целом отмечены статистически значимые корреляционные связи по типу прямой пропорциональности материальных потребностей с потребностями в безопасности, в межличностных связях, в уважении и в самореализации. Также по типу прямой пропорциональности связаны: потребности в межличностных связях и потребности в безопасности, потребности в уважении и безопасности, потребности в уважении и межличностных связях [144].

На этой же выборке нами (Г. В. Ломакина, 2016) изучена мотивационная сфера с помощью методики диагностики самооценки мотивации одобрения, разработанной Д. Кроуном и Д. Марлоу; тестов «Мотивация достижения» и «Мотивация к избеганию неудач» (опросники Т. Элерса). Оказалось, что мотивационная сфера пациенток, в большинстве случаев, характеризуются средним уровнем мотивации к одобрению, средним или умеренно высоким показателем мотивации к успеху, средним или высоким показателем к избеганию неудач<sup>1</sup>. У пациенток, оставивших трудовую деятельность, по сравнению с лицами, продолжающими трудиться, больше лиц, у которых выше показатели мотивации к успеху, желание получить одобрение окружающих и избежать неудач. Однако эти различия статистически оказались статистически не значимыми [143].

В работах по невротическим расстройствам мотивацию изучали Б. Д. Карвасарский, А. В. Васильева, В. В. Бочаров, Д. М. Сарайкин, В. А. Абабков, А. Л. Калинина, С. В. Полторак, Е. И. Чехлатый и др. [9, 46, 47, 120, 164, 202]. По некоторым данным, в отличие от здоровых людей, у которых больше выражен мотив достижения успеха, у больных невротическими расстройствами более выражен мотив избегания неудачи, что подтверждено и в нашем исследовании 2016 г.

В работах М. М. Аксенова с соавт. (2013, 2015) выявлено, что для пациентов с НППР и психически здоровых лиц характерны в основном низкий уровень мотивации достижения и мотивации одобрения, но с возрастом значения

---

<sup>1</sup> Ломакина, Г. В. Особенности мотивационной сферы и личностной тревожности у пожилых пациентов с невротическими расстройствами / Г. В. Ломакина // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – № 10 (52), часть 4. – С. 74-77. DOI: 10.18454/IRJ.2016.52.065

повышаются, появляются средний и высокий уровни мотивации одобрения [14, 15, 16]. То есть можно считать, что полученные нами результаты отражают возрастную динамику уровня мотивации одобрения.

А. В. Юревич (2018), описывая психологические аспекты старения, называет три основных травмирующих события в жизни пожилых людей, оказывающих наибольшее влияние на их психологическое состояние – это уход на пенсию, часто вызывающий «шок отставки», смерть супруга и перемещение в дом престарелых [259, 334].

Т. З. Козлова (2017) также считает, что для большинства людей уход на пенсию – это испытание, снижение самооценки, которая тесно связана с уровнем самореализации человека [118]. Чтобы этого не произошло, люди и в пожилом возрасте продолжают работать. По данным Росстата 2015 года, среди мужчин 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% [223].

Выход на пенсию может явиться причиной развития невроза. Однако невротические нарушения, по мнению В. Д. Менделевич и С. Л. Соловьевой (2016) возникают лишь в том случае, когда выход на пенсию имеет вынужденный для пожилого человека характер и происходит вопреки его личностным установкам. «Пенсионные неврозы» являются состояниями, возникающими в виде реакции в ответ на нежелательный или принудительный перевод на пенсию или же неприемлемые условия пенсионного обеспечения [162, 349, 362, 363].

О. Н. Владимирова с соавт. (2017), рассматривая вопросы инвалидности, подчеркивают, что в РФ процессы старения населения происходят на фоне относительно низкой продолжительности жизни граждан и сохраняющейся высокой смертности трудоспособного населения [56].

Ю. И. Полищук с соавт. (2016) отметили у лиц пожилого возраста по сравнению с лицами старческого возраста значительное (в 6 раз) преобладание смешанного тревожного и депрессивного расстройства невротической природы и пятикратное преобладание случаев тревожной депрессии. Также обнаружена тенденция к преобладанию пролонгированных тревожных и тревожно-

депрессивных реакций в рамках расстройства адаптации, и случаев тревожной дистимии [199].

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, что показано в работах М. Ф. Белокрыловой с соавт. (2016), И. А. Мартынихина (2018), A. Riecher-Rössler (2017) и др. [29, 156, 244, 379, 386]. N. Eaton et al. (2012), Q. Wang et al. (2016) выяснили, что женщины чаще мужчин страдают психическими расстройствами интернализационного спектра, который включает депрессивные, тревожные, фобические, соматоформные расстройства, расстройства пищевого поведения, тогда как у мужчин чаще наблюдаются расстройства экстернализационного спектра, такие как употребление психоактивных веществ, расстройства контроля импульсов и антисоциальное расстройство личности [306, 397]. R. Aziz и D. C. Steffens установили, что женщины чаще страдают всеми аффективными и невротическими расстройствами, за исключением биполярного аффективного расстройства и расстройств обсессивно-компульсивного спектра, которые у мужчин и женщин встречаются с одинаковой частотой [266].

В. Д. Менделевич (2002), ссылаясь на многочисленные исследования, выделяет гендерные особенности невротических расстройств – преобладание лиц женского пола и называет причины диспропорции: психофизиологическая специфика пола человека (повышенная эмоциональность женщин); система полоролевых отношений и приписанного социумом гендерного стиля поведения; «транквилизирующее», «терапевтическое» влияние алкоголизации мужчин на противостояние заболеваемости невротическими расстройствами; большую возрастную трансформацию типологических свойств нервной системы у лиц женского пола; личностная тревожность женщин выше по сравнению с мужчинами. [48, 161, 162]. Общим для всех неврозов позднего возраста являются тревожность и поиски защиты. Тревожность – тот мотор, который запускает и поддерживает невроз [249]. Аффективная патология считается наиболее часто диагностируемым расстройством психической деятельности. Так, результаты всех

эпидемиологических исследований указывают на более частую встречаемость дистимии у женщин [24].

Л. М. Барденштейн и К. Н. Шаклеин (2017) установили, что распространенность психических расстройств пограничного уровня среди женщин, отбывающих наказание в исправительной колонии, превышает среднестатистический показатель по стране приблизительно в 10 раз [25].

В марте 2017 г. Распоряжением Правительства РФ принята «Национальная стратегия действий в интересах женщин на 2017-2022 годы». Основные направления стратегии включают повышение качества оказания медицинской помощи женщинам и сохранение способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни женщин пожилого возраста [9].

На XIV ежегодной конференции, посвященной памяти академика А. М. Вейна, А. В. Федотова (доцент кафедры неврологии факультета усовершенствования РНИМУ им. Н.И. Пирогова) (2018) акцентирует внимание на проблеме распространения тревожных расстройств среди женского населения, так как симптомы этих расстройств в женской популяции встречаются в три раза чаще по сравнению с мужской и часто приобретают хронический характер. В основе формирования острого и хронического стресса как причины многих тревожно-депрессивных состояний лежит «срыв» адаптационных возможностей организма [237].

Психологические исследования структуры личности 424 больных с невротическими расстройствами Е. А. Колотильщиковой (2014) на модели Большой Пятёрки (Five-Factor Model), ММРІ показали, что наиболее часто у исследованных пациентов в качестве ведущих синдромов невротических расстройств определялись тревожный и фобический (по 30,8%). Большинство больных с невротическими расстройствами конституционально предрасположены к развитию заболевания из-за повышенных эмоциональной нестабильности и тревожности. Выделяет больных с невротическими расстройствами из общей популяции такие личностные характеристики, как высокий уровень нейротизма,

сочетание повышенной тревожности с невозможностью использовать ресурсы в виде адекватной социализации, недостаток выработки навыков эффективного планирования, а также оригинальности и творческой направленности в решении возникающих проблем, конфликтов и кризисов развития [119].

Мы согласны с мнением В. И. Бородина (2014), который 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 [39], тем более, что социум, как отмечает О. В. Люсова (2016), нуждается в труде и опыте пожилых [147]. Поэтому лечение НР преследует цель, помимо всего прочего, также восстановление трудоспособности.

Таким образом, выявленные разноречивые данные по распространенности ННР, не позволяют судить о реальной заболеваемости НР в пожилом возрасте. Доказанная стрессогенная природа заболевания связана с социально-экономическими потрясениями, которые порождают и пенсионные неврозы. Механизмами адаптации к психотравмирующим факторам большинством исследователей признаются копинг-стратегии и психологическая защита. Для пожилого возраста психические заболевания непсихотического регистра типичны и фиксируются чаще среди женского контингента.

### **1.3. Специфика диагностики и лечения невротических расстройств пациентов пожилого возраста**

После введения понятия «невроз» (в 1776 году шотландским врачом Уильямом Калленом), содержание термина неоднократно пересматривалось, теорий и методов лечения неврозов предлагалось множество [234]. Ретроспективный анализ отражает эволюцию подходов к диагностике и лечению психических расстройств в целом и НР в частности.

Многие авторы указывают на неопределенность и отсутствие каких-либо объективных признаков диагностики для большинства невротических расстройств [13, 18, 52, 88, 89, 105, 121, 163, 183, 200, 218, 219].

Чаще всего расстройствами эмоциональной сферы у лиц пожилого возраста с ППР являются депрессивный, тревожный и астенический синдромы, которые нередко сочетаются с коморбидной кардио- и цереброваскулярной патологией [190]. С увеличением возраста тревожные расстройства имеют тенденцию к трансформации в другие заболевания: депрессии [301], зависимость от алкоголя и психоактивных веществ (ПАВ), органические аффективные расстройства, соматические болезни [322, 354]. Для больных с тревожными расстройствами типична ранняя смертность. В пожилом возрасте редко развиваются изолированные тревожные расстройства. Российские и зарубежные авторы отмечают, что частота диагнозов тревожных расстройств достоверно снижается с увеличением возраста популяции: от 20–30% у лиц 20–40 лет до 3–5% среди лиц старше 65 лет, что обусловлено трансформацией в другие заболевания и гиподиагностикой тревожных расстройств в пожилом возрасте, ввиду несовершенства систематики [55].

М. М. Аксенов с соавт. (2015) отмечают, что среди лиц в возрасте старше 60 лет и выше при непсихотических психических расстройствах обнаруживаются смешанные и даже множественные синдромы, составленные из элементов астении, тревоги, страхов, навязчивости, ипохондричности, депрессивных компонентов, тревожно-мнительных и других сочетаний. Взаимоотношение этих составных частей синдрома может сочетаться и изменяться под влиянием эмоциогенных воздействий и реакций личности. В связи с этим требуется особый подход к терапии [15, 16].

Как подчеркивает Ю. А. Александровский (2019) «В клинической психиатрии не всегда удается провести четкую границу между нормой и пограничными психическими расстройствами» [20]. Он же рекомендует для дифференциальной диагностики методический подход в виде оценки динамики развития симптомокомплексов и выявления связи с личностно-типологическими особенностями больного и другими расстройствами.

Расстройство приспособительных реакций по рубрике F43.2 МКБ-10 перечисляет ряд расстройств, общими отличиями которых названы: возникновение

«в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому событию», т. е. наличие стрессового фактора, индивидуальная предрасположенность или ранимость, вариабельность проявлений в виде подавленности настроения, настороженности или беспокойству, ощущение неспособности справиться с ситуацией или ее планировать заранее, некоторое снижение способности действовать в повседневной жизни. Характерной чертой может быть краткая или длительная депрессивная реакция или нарушение других эмоций и поведения. Сложности диагностики данной группы расстройств связаны с существенными отличиями клинической картины у разных пациентов. Ни один из симптомов не является определяющим для постановки диагноза. То есть, границы между диагнозами от F43.20 до F43.28 размыты и охватывают целый спектр состояний.

Нами (Ломакина Г. В.с соавт., 2016) было проведено исследование на выборке из 50 пациенток отделения неврозов (средний возраст  $59,45 \pm 0,57$ ), с диагнозом: смешанное тревожно-депрессивное расстройство дезадапционного генеза, с целью выявления взаимосвязи переживания чувства одиночества и таких психических состояний, как тревожность, ригидность, агрессивность и фрустрация. Испытуемые были разделены на две группы. В первую группу вошли 26 не работающих пациенток, 24 женщины продолжали профессиональную деятельность, они составили вторую группу. Оказалось, что в группе не работающих пациенток статистически значимо выше уровень субъективного ощущения одиночества, более низкий уровень агрессивности и прямая сильная корреляционная связь с тревожностью, фрустрацией и ригидностью. То есть, повышение уровня субъективного ощущения одиночества сопровождается усилением тревожности, фрустрации и ригидности<sup>2</sup>.

Группа работающих пациенток отличалась статистически значимо более низким уровнем субъективного ощущения одиночества и более высоким уровнем агрессивности, а также отсутствием корреляционных связей с показателями

---

<sup>2</sup> Ломакина, Г. В. Взаимосвязь переживания одиночества и психических состояний у пожилых пациентов с невротическими расстройствами / Г. В. Ломакина, Н. А. Косенко, В. Э. Луговой // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – № 7 (49), часть 3. – С. 71-75. DOI: 10.18454/IRJ.2016.49.138

психических состояний [142]. Данное исследование подтвердило гипотезу о наличии психоэмоциональных признаков, по всей видимости, связанных с включенностью или не включенностью в трудовую деятельность женщин, страдающих НР. Исследование этого же контингента по личностной шкале проявления тревоги Тейлор показало, что очень высокий и высокий уровень тревоги отличает большинство испытуемых из группы не работающих (81,8%), и более чем 60% работающих пациенток. Низкий уровень тревоги у женщин выборки не зарегистрирован<sup>3</sup>. У пациенток не занятых в трудовой сфере уровень личностной тревоги статистически значимо выше, то есть в личностных характеристиках пожилых пациенток прослеживается связь с социально-производственной сферой, влияющей на уровень личностной тревоги [143].

В клинической картине преобладают симптомы тревоги, депрессии и неспецифичные полисимптомные соматические жалобы. Привлекает внимание мнение Н. А. Косенко с соавт. (2015) о необходимости учитывать многозначность симптома в психиатрии [126].

Т. А. Караваева (2014) проанализировала изменение соотношения психотерапии и фармакотерапии при лечении невротических расстройств в связи с их патоморфозом за последние 50 лет. Биологические виды лечения, по ее мнению, решают не стратегические задачи достижения длительного и устойчивого результата, а лишь тактические, что определяется психогенной природой невротических нарушений. В настоящее время большинство специалистов придерживается мнения о необходимости применения комплексного подхода и использования сочетания психотерапии и психофармакотерапии, причем с учётом индивидуальных особенностей пациента: характера и выраженности клинических проявлений, длительности заболевания, особенностей внутренней картины болезни, комплаентности и т. д., что позволяет получать быстрое улучшение состояния и добиваться уменьшения сроков стационарного периода лечения [104, 135, 172, 245].

---

<sup>3</sup> Ломакина, Г. В. Особенности мотивационной сферы и личностной тревожности у пожилых пациентов с невротическими расстройствами / Г. В. Ломакина // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – № 10 (52), часть 4. – С. 74-77. DOI: 10.18454/IRJ.2016.52.065



Внимание к фармакотерапии заболеваний пожилого и старческого возраста возросло в последние десятилетия в связи с постарением населения Земли. Так в методических рекомендациях 2019 г. «Общие принципы фармакотерапии у лиц пожилого и старческого возраста» в приложение 4 включен раздел D «Центральная нервная система и психотропные препараты» [192].

Есть данные в гериатрии, что больные пожилого и старческого возраста обычно имеют 4-5 и более диагностируемых болезней [137]. Эффективность лечения многих болезней одновременно низкая, несмотря на наличие современных лекарств и апробированных схем лечения. Коморбидность цереброваскулярных заболеваний и тревожно-депрессивного расстройства утяжеляет клиническую картину, при этом предполагается, что каждое из этих нарушений способствует прогрессированию другого [377].

В работе А. Ф. Изнак с соавт. (2015) при комбинированной антидепрессивной терапии больных пожилого возраста (20 пациентов (средний возраст  $67,1 \pm 5,7$  лет) с депрессией легкой или умеренной степени выраженности), применение комбинированной терапии венлафоксином и церебролизинном, как показали данные количественной ЭЭГ, привело к выраженному улучшению функционального состояния головного мозга [92].

Частыми и распространенными побочными эффектами лекарственных средств, принимаемых в пожилом возрасте, наблюдаются немедленного и замедленного типов аллергии на нейролептики фенотиазинового ряда, которые нередко используют в терапии психосоматики, а также на ноотропные и метаболические препараты, часто используемые в терапии пожилых людей [90].

В пожилом возрасте увеличивается опасность возникновения «синдрома отмены» в виде серьезных вегетативных расстройств – тахикардия, гипертонический криз и т. д. особенно часто это наблюдается после резкого прекращения приема таких психотропных препаратов, как транквилизаторы бензодиазепинового ряда, некоторые антидепрессанты [332].

Пожилой возраст, по мнению большинства авторов, является противопоказанием применения высокопотентных анксиолитиков с длительной

элиминацией. Фармакокинетика только двух бензодиазепинов (лоразепама и оксазепамы) позволяет применять их у пожилых больных [90].

Сами врачи часто нарушают рекомендации по применению анксиолитиков расширяя показания к назначению. При этом предпочтение отдается высокопотентным анксиолитикам с длительным периодом элиминации и активными метаболитами, так как преимущества мощного и длительного эффекта анксиолитика выглядят намного весомее потенциально возможных осложнений. Длительный прием анксиолитиков также часто является результатом пассивного соглашения врача с выбором пациента [52].

Всё чаще встречающиеся в психиатрической литературе рекомендации использовать в качестве основного метода лечения неврозов психотропные средства представляются неубедительными и малодоказательными. Увеличение числа больных неврозами в общей врачебной практике объясняется также тем, что из двух основных типов их внутренней картины болезни – соматоцентрированного и психоцентрированного, как показал В. А. Ташлыков (2018), – сегодня значительно преобладает первый [233]. Успехи современных биологических наук, в том числе психофармакологии, в обозримом будущем не смогут изменить этой ситуации.

Основным методом лечения неврозов и невротических реакций традиционно считается психотерапия. Психотерапия как ведущий метод лечения неврозов сегодня представлена тремя направлениями: психоаналитическим (психодинамическим), бихевиористским (когнитивно-поведенческим) и гуманистическим (экзистенциально-гуманистическим) [295, 402].

J. Untzer et al. (2002) в крупном исследовании, проводившемся в службе первичного звена медицинской помощи, пациентам пожилого возраста, страдающим депрессией, предлагали выбрать метод лечения: 50% предпочли психологический метод, а не лекарственную терапию [392].

McCusker et al. (1998) и Pinqart & Sorensen (2001) опубликовали данные о том, что у лиц старшей возрастной группы, страдающих легкой или умеренно

выраженной депрессией, эффективность психологического вмешательства такая же, как и эффективность лекарственной терапии [356, 371].

Бурное развитие современной психотерапии, привело к большому разнообразию направлений, течений и школ, затрудняющего даже единое определение этого метода. А. И. Мелёхин (2016) обратил внимание на существовавшее ранее мнение, что психотерапия в пожилом возрасте невозможна – это миф, который был развенчан в работе Landreville (2001), которая показала, что пожилым людям, актуальнее назначать психотерапию, чем лечение антидепрессантами при депрессии в связи с полипрагмазией. Положительные эффекты влияют не только на депрессивные симптомы, но и на мысли о безнадежности, тревожно руминирующие мысли, агрессивность, социальную неуверенность, ипохондрические переживания о собственном здоровье. При работе с пожилыми людьми следует учитывать высокий риск отказа пожилого человека от психотерапии и преобладание у пожилых пациентов выбора психофармакологической формы лечения. Однако в связи с присутствием полипрагмазии эффект фармакотерапии достигается только у 40-45%, появляются побочные эффекты от приема препаратов и пожилой человек отказывается и от данной формы лечения. В поздних возрастах рецидивов после медикаментозного лечения более 40%, что приводит к проблеме поиска иного пути терапии [159].

Ю. Т. Джангильдин и Б. Д. Цыганков (2008) приводят результаты эффективного лечения пациентов с невротическими расстройствами методом проспективной образно-гипнотической психотерапии, продемонстрировавшим в динамике существенную редукцию показателей тревоги с параллельной редукцией алекситимии [74].

Исследования в США и Германии (Hautzinger M. и Welz S., 2004) доказали, что директивная, структурированная групповая когнитивно-поведенческая психотерапия эффективна при эпизодах депрессии легкой и средней тяжести у 65 когнитивно не затронутых пожилых пациентов с текущим депрессивным расстройством [328].

Использование психотерапевтических методов в геронтопсихологической практике связано с отходом в последний период от дефицитарной модели старения, согласно которой этот процесс является общим снижением интеллектуальных и эмоциональных возможностей. В настоящее время психотерапевтическая практика исходит из положения о том, что поведение человека пожилого возраста определяется не столько объективными моментами ситуации, сколько формой и характером их субъективного восприятия и переживания. Б. Д. Карвасарский и ряд зарубежных исследователей отмечают, что при использовании психотерапевтических программ необходим детальный анализ конкретной ситуации, и ее когнитивного содержания, а также многосторонняя ориентация мер вмешательства (медицинские, психологические, социальные, экологические и др.) [108, 206, 283, 402].

Анализируя зарубежный опыт использования психотерапевтических методов в геронтологии, Б. Д. Карвасарский и В. А. Мурзенко (2018) пришли к выводу, что наименее эффективным в работе с пожилыми являются глубинно-психологические и психоаналитические методы психотерапии [112]. Эффективными считаются: прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, терапия искусством (арт-терапия), поведенческая психотерапия [368], терапия, фокусированная на решении, позитивная психотерапия, рационально-эмотивная терапия, групповая терапия [112], экзистенциальная терапия, morita-терапия [361].

Поддерживающая психотерапия используется для продолжения психотерапевтической работы с пожилыми пациентами, переживающими депрессию, сильную тревожность, другие заболевания нервно-психического происхождения. Этот вид психотерапии направлен на стабилизацию и поддержание удовлетворительного эмоционального состояния, помощь в разрешении имеющихся у пожилого человека трудностей, конфликтных ситуаций, в перестройке нарушенных отношений личности. В зависимости от особенностей личности пожилого, его отношения к собственной старости, от характера складывающихся у него межличностных связей, поддерживающая психотерапия пожилых может применять различные психотерапевтические методы:

рациональную психотерапию, аутогенную тренировку, различные варианты поведенческой терапии, тренинг когнитивных навыков [206].

Большое значение приобретает поддерживающая семейная психотерапия в рамках семейной психотерапии [67]. Благополучие семьи, имеющей одного или нескольких пожилых людей, часто бывает неустойчивым, особенно в случаях возникновения кризисных ситуаций, поэтому, по мнению Э. Г. Эйдемиллера и В. В. Юстицкис (2013) поддерживающая семейная терапия может оказать семье большую помощь. К тому же привлечение к проблемам пациента родственников, обсуждение с ними проводимых и планируемых мероприятий повышают их эффективность и делают более стабильными результаты психотерапевтических воздействий [258].

Опыт применения в стационарных условиях когнитивно-бихевиоральной терапии депрессивных расстройств в комбинации с психофармакотерапией на пациентках среднего возраста показал эффективность комплексного лечения данного контингента больных, значительно сократил сроки пребывания пациенток в отделении, вызвал наступление стойкой ремиссии и реабилитации [23].

Исходя из понимания невроза как результата нарушения системы отношений личности, главным принципом психотерапевтической работы в рамках патогенетической системы психотерапии является стремление к изменению, реконструкции системы отношений больного неврозом, формирование адекватных отношений, что должно способствовать восстановлению эффективного социального функционирования личности. В связи с этим Б. Д. Карвасарский (1985) считает целесообразным употребление термина «личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия» (ЛОРП), более точно отражающего содержание и психокоррекционную направленность психотерапевтических воздействий. Эффективность применения ЛОРП в лечении НР подтверждено многочисленными исследованиями [83, 84, 98, 100, 112, 151, 176, 231, 232].

Осложнения и побочные эффекты психофармакотерапии у пожилых пациентов наступают значительно чаще, быстрее развиваются при более низких

дозировках, чем у более молодых больных, ввиду чего психофармакотерапия больных пожилого возраста имеет ряд особенностей

Препаратами выбора для лечения депрессий позднего возраста являются антидепрессанты сбалансированного действия с высоким тимолептическим потенциалом и одновременно с анксиолитическими свойствами. Предпочтение рекомендуют отдавать препаратам со слабо выраженными побочными эффектами, особенно ортостатической гипотензии (доксепин, нортриптилин), минимальным антихолинергическим действием (дезипрамин, тразодон, ИМАО), с менее выраженными седативными свойствами (номифензин) [42].

В обзоре психопатологических методик, применяемых для диагностики НР, нами проанализированы особенности их использования психиатрами и психологами с целью последующего включения в собственные методы исследования. Отмечена их неспецифичность в отношении НР, неопределенность диагнозов по МКБ-10 рубрики F43.2 и возможность применения только в комплексе с клинико-эпидемиологическими методами.

Таким образом, специфика диагностики невротических расстройств пациентов пожилого возраста заключается в недостатке объективно значимых критериев, позволяющих отнести заболевание к конкретной нозологической единице. Нами особо выделено, что для постановки диагноза по нозологической единице F43.22 необходимо установить сочетание отчетливо выраженных симптомов тревоги и депрессии и расстройство адаптации. В целом следует отметить полиморфность и неопределенность дифференциальной диагностики НР, входящих в рубрику F43.2 и необходимость изучения личностных характеристик пациентов в плане реализации принципа персонификации.

В плане лечения НР образом можно констатировать, что фармакотерапия смешанной тревожно-депрессивной реакции пациентов пожилого возраста должна исходить из принципа комплексности, персонификации, минимизации побочных эффектов и учета современных рекомендаций. Психотерапия как ведущий метод лечения неврозов является необходимым компонентом терапии НР.

В целом по обзору литературы можно заключить:

- не уточнены вопросы эпидемиологии НР;
- требуют дальнейшего изучения этиопатогенетические факторы НР, способствующие развитию данного вида психопатологии;
- не преодолены трудности дифференциальной диагностики расстройств рубрики F43.2 МКБ-10;
- не сложилось определенного целостного взгляда на механизмы возникновения невротических расстройств в позднем возрасте, что затрудняет диагностику и лечение, особенно в плане оказания психотерапевтической помощи.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Дизайн исследования

Целью настоящего исследования явилось подтверждение гипотезы о влиянии фактора наличия или отсутствия трудовой деятельности на психопатологические характеристики пожилых женщин, больных НР. Выбор только женского контингента связан с тем, что по данным литературы, среди больных НР доминируют женщины в соотношении 8/1 [146].

В пилотажном исследовании с участием 50 пациенток пенсионного возраста нами было доказано наличие статистически значимых отличий работающей группы от неработающей, что послужило основанием для проведения настоящих исследований [142-143].

Для достижения цели были сформулированы следующие задачи:

1. Сформировать репрезентативную выборку.
2. Провести сравнительный анализ клинико-anamnestических характеристик работающих и не работающих женщин пенсионного возраста, находящихся на излечении в психиатрическом стационаре по поводу НР.
3. Выявить и сравнить психопатологические показатели для оптимизации лечения и определения мишеней психотерапии.

Исследование проводилось с 2014 по 2019 годы на базе ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» МЗ Краснодарского края (ГБУЗ «СКПБ №1») в отделении неврозов и ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница № 7» диспансерное отделение дневной стационар. В отделении неврозов за год проходит лечение до 600 пациентов, из них с невротическими расстройствами 150-160 человек. Число женщин пенсионного возраста с диагнозом рубрики МКБ-10 F43.22 составляло в разные годы от 25 до 45, не все из пациентов могли быть включены в исследование по разным основаниям. К примеру, в 2016 г. оказалось всего 19 пациенток,



отвечающих критериям включения в исследование, в другие годы насчитывалось до 40.

В основную группу были включены 200 женщин в возрасте от 55 до 75 лет. В рамках решения поставленных задач основная группа разделялась на две группы: 1 группа – пациентки, оставившие трудовую деятельность (n=106), 2 группа – пациентки, продолжающие трудиться (n=94).

Группы были сопоставимы по полу, возрасту, диагнозу заболевания, характеру и течению заболевания, манифестацией в связи со стрессовой ситуацией, связанной с наступившим или угрожающим выходом на пенсию.

Предварительно установлен необходимый объем выборки для двух несвязанных групп с помощью номограммы Альтмана [181].

Метод заключается в использовании номограммы, приведенной на рисунке 1. Номограмма имеет 2 оси: левая ось Д представляет стандартизованную разность, а правая ось 1-0 - мощность. Метод заключается в том, что необходимо провести линию от значения оси Д к значению оси 1-0. На пересечении такой линии и линии, соответствующей необходимому уровню значимости будет представлен необходимый объем выборки.

В настоящем исследовании мощность (1-0) выбрана равной 0,80, что считается вполне достаточной. Исследование планировалось со сравнением количественных показателей между несвязанными группами, поэтому стандартизованная разность рассчитывалась по формулам:

$$\Delta = \frac{X1 - X2}{\sigma} \quad (1)$$

где X1 – среднее арифметическое признака в первой сравниваемой группе, X2 – среднее арифметическое признака во второй сравниваемой группе,  $\sigma$  – стандартное отклонение сравниваемого признака.

Поскольку нет данных литературы по выраженности изучаемых признаков у работающих и не работающих пациенток, мы предположили, что удельный вес изучаемых признаков в первой группе оставивших работу может составлять 60%, а

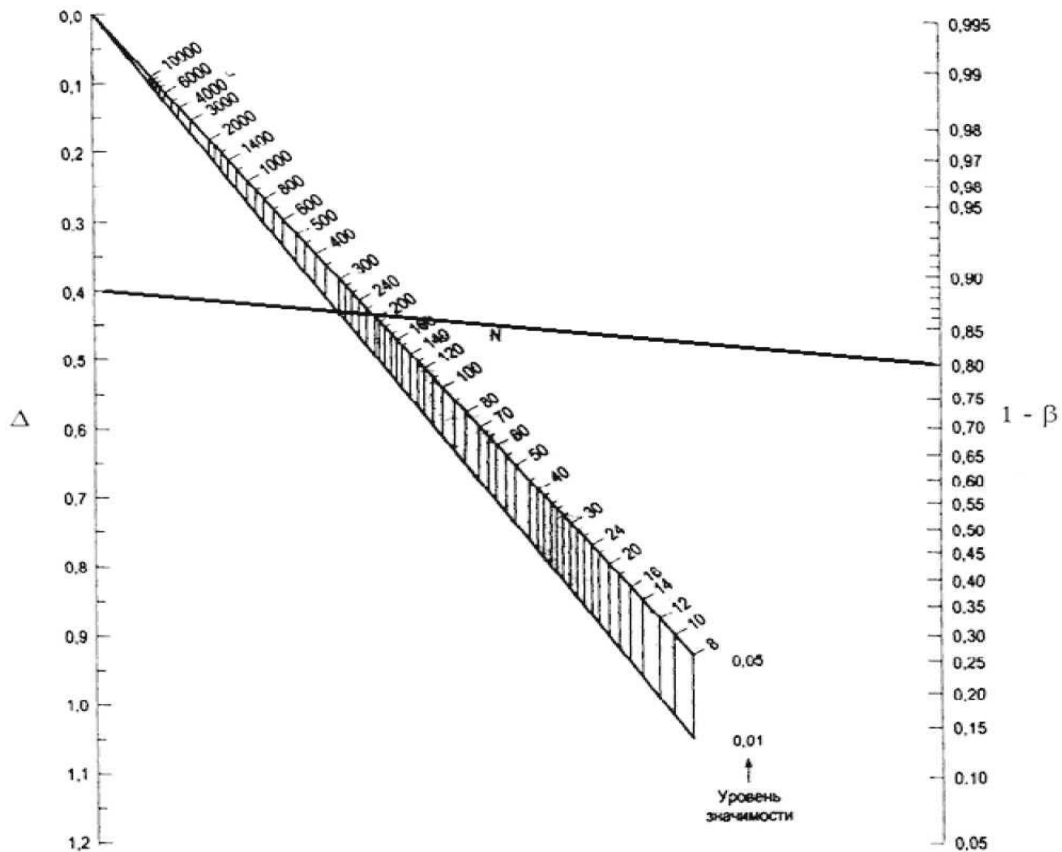
во второй работающей 40%. Рассчитаем стандартизованную разность при мощности равной 0,80:

$$P = \frac{P_1 + P_2}{2} = \frac{60 + 40}{2} = 50$$

$$\Delta = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{P(100 - P)}} = \frac{60 - 40}{\sqrt{50 * (100 - 50)}} = \frac{20}{\sqrt{50 * 50}} = \frac{20}{\sqrt{2500}} = \frac{20}{50} = 0,4$$

После необходимых вычислений проведем линию, соединяющую ось стандартизованной разности в точке 0,4 и ось мощность в точке 0,80 (Рисунок 2.1.1).

Таким образом, при желаемом уровне значимости результатов равном 0,05 общий объем сравниваемых групп примерно равен 200, при этом объем первой группы может составить 106, а второй 94 в случае несвязанных групп.



**Рисунок 2.1.1** – Определение объема выборки с помощью номограммы Альтмана

Объем экспериментального материала представлен наблюдениями, включающими эпикризы пациенток и результаты психопатологических исследований. Критерии включения больных в исследование:

1) добровольное информированное согласие на лечение и участие в исследованиях;

2) поставленный впервые клинический диагноз – «смешанная тревожно-депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» (F43.22 по МКБ-10);

3) появление или манифестация психической патологии, совпадающее по времени с приближением или наступлением пенсионного возраста;

4) доминирование психосоматического компонента в клинической картине соматических заболеваний.

Критерии невключения:

1) инвалидность;

2) тяжелая соматическая и неврологическая патология;

3) пациенты, имеющие диагнозы психических заболеваний наряду с невротическим расстройством;

4) органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09 по МКБ-10 - деменция, болезнь Альцгеймера, сенильные и пресенильные психозы и др.);

5) психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя или психоактивных веществ (F10-F19 по МКБ-10);

6) отказ от участия в исследованиях.

Каждой пациентке предоставлялась информация о предстоящем лечении и возможности участвовать в экспериментальном исследовании, на которое она подписывала информированное добровольное согласие (ИДС).

Дизайн исследования соответствовал поставленным задачам (см. Рисунок 2.1.2).

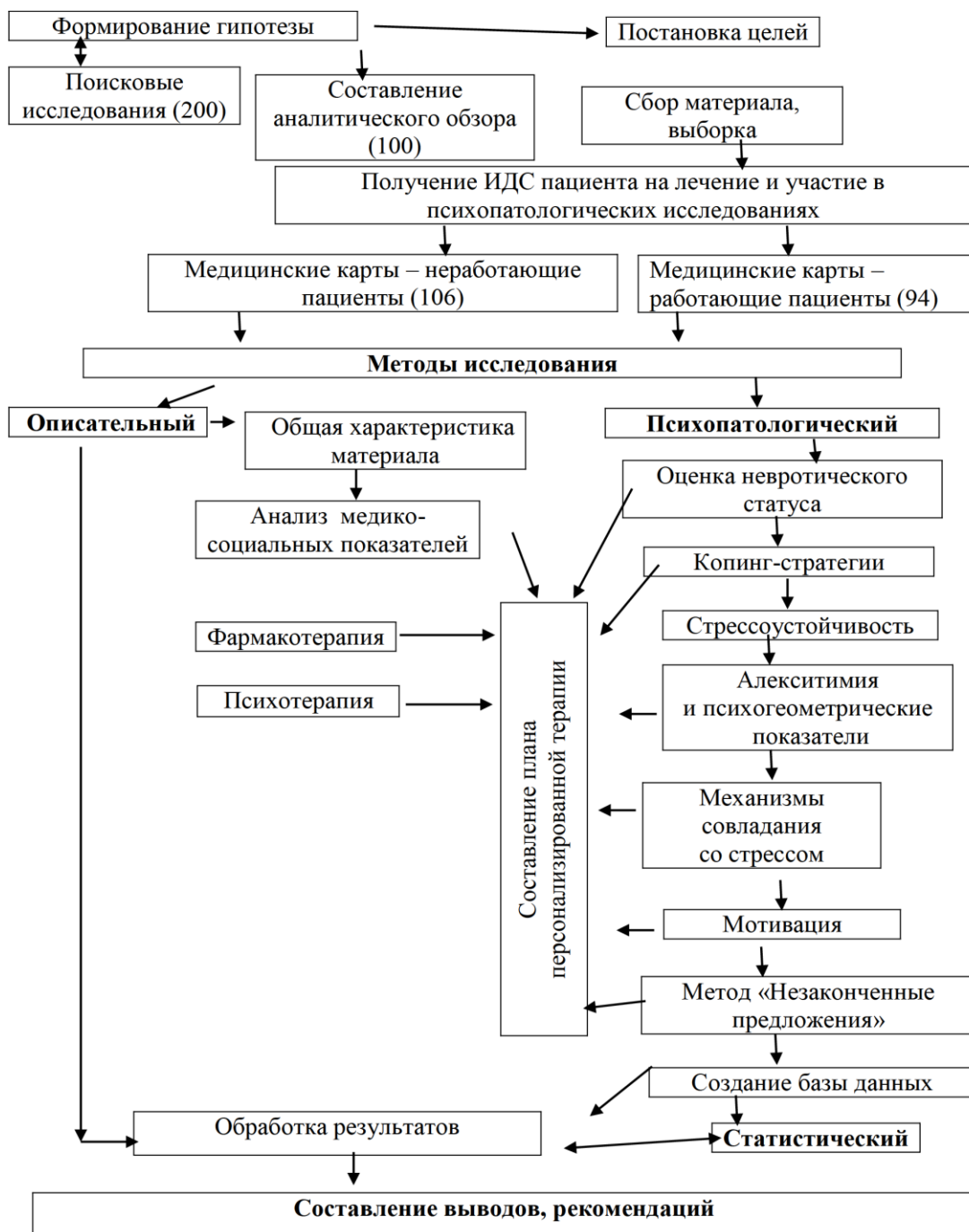


Рисунок 2.1.2 – Дизайн проведенного исследования

## **2.2. Материалы исследования**

### **2.2.1. Сравнительный анализ социально-демографических показателей пациенток**

В рамках решения поставленных задач основная группа разделялась на две группы: 1 группа – пациентки, оставившие трудовую деятельность (n=106), 2 группа – пациентки, продолжающие трудиться (n=94).

Группы были сопоставимы по полу, возрасту, диагнозу заболевания, характеру и течению заболевания, манифестацией в связи со стрессовой ситуацией, связанной с наступившим или угрожающим выходом на пенсию.

Сбор анамнеза осуществлялся по алгоритму, предложенному в руководстве Ю. А. Антропова, А. Ю. Антропова и Н. Г. Незнанова [22]. Кроме того, социально-бытовые условия и анамнестические данные изучались методом социологического опроса (анкетирование, интервьюирование) [72]. За основу взята оригинальная авторская методика, предложенная Н. А. Косенко с соавт. [124, 125]. На каждого больного заполнялась «Карта социально-анамнестического обследования».

Карта содержит 20 вопросов и от 2 до 14 предусмотренных ответов (см. таблицу 2.2.1.1).

Использование клинико-эпидемиологического метода позволило выяснить уровень образования, жилищные условия, материальное обеспечение, профессию, семейное положение и отношения в семье, сопутствующие заболевания, факторы риска, вызвавшие развитие невроза и другие факторы.

По данным литературы, высшее образование выполняет защитные функции от стрессов и депрессии в любом возрасте, а для позднего возраста является фактором профилактики развития когнитивного дефицита и деменции [236, 284, 291, 292].

Таблица 2.2.1.1 – Карта клинико-социального обследования

№	6.5 – проживает одна
Дата и место заполнения – отделение № _____ История болезни № _____	<b>7. Оценка больной своего материального положение - размер дохода на момент обследования до выхода на пенсию</b>
ФИО больной	7.1 – высокий (40 тыс. и выше)
	7.2 – средний (20-30 тыс.)
	7.3 – низкий (меньше 20 тыс.)
Телефон (мобильный, домашний)	<b>8. Оценка больной своего материального положение - размер дохода после выхода на пенсию</b>
Год рождения	8.1 – высокий (40 тыс. и выше)
Домашний адрес	8.2 – средний (20-39 тыс.)
Работает / не работает (подчеркнуть). Место работы (настоящее / предыдущее)	8.3 – низкий (меньше 20 тыс.)
	<b>9. Заболела</b>
	9.1 – впервые
Профессия	9.2 – повторно
Стаж	<b>10. Пребывание на больничном листе</b>
<b>1. Возраст (годы)</b>	10.1 – до 30 дней
1.1. – выход на пенсию до 55 лет	10.2 – до 60 дней
1.2. – 55-60	10.3 – более 60 дней
1.3. – 61- 70	<b>11. Основные стрессовые факторы, по мнению больной повлекшие заболевание</b>
1.4. – 71 и старше	11.1 – конкуренция на работе
<b>2. Место проживания</b>	11.2. - конфликты на работе
	11.3 - угроза, страх безработицы
<b>3. Образование</b>	11.4 - страх материального обнищания
3.1. – начальное и незаконченное среднее	11.5 - низкая, нерегулярная заработная плата
3.2. – среднее	11.6 - неуверенность в завтрашнем дне
3.3 – среднее специальное	11.7 - плохие жилищные условия
3.4. – незаконченное высшее	11.8 - судебная тяжба
3.5 – высшее	11.9 - смерть близких
<b>4. Семейное положение</b>	11.10 - болезнь близких
4.1. – не замужем	11.11 - длительная разлука с близкими
4.2. – замужем	11.12 - конфликты в семье
4.3 – состоит в гражданском браке	11.13 - физическое и психическое переутомление
4.4. – разведена	11.14 - хронические соматические заболевания
4.5 - вдова	<b>12. Обращение к целителям:</b>
<b>5. Наличие детей</b>	12.1 – да
5.1 – нет	12.2 – нет
5.2 – 1	<b>13. Впервые обратилась к врачу</b>
5.3 - 2	13.1 – врач общей практики
5.4 – 3 и больше	13.2 – психиатр
<b>6. Взаимоотношения в семье</b>	13.3 – психотерапевт
6.1 – хорошие	13.4 - психолог
6.2 – неустойчивые	<b>14. С какого времени после появления симптомов заболевания обратилась за помощью</b>
6.3 – конфликтные	
6.4 – нейтральные	

*Продолжение таблицы 2.2.1.1*

14.1 – сразу	16.4 – болезни органов дыхания
14.2 – через 1-6 месяцев	16.5 – болезни мочеполовой системы
14.3 – через год	16.6 – болезни костно-мышечной системы
14.4 – через 2 года	16.7 – прочее (указать)
14.5 – через 3 года и более	<b>17. Ведущий диагноз (МКБ-10)</b>
<b>15. Отношение к заболеванию близких</b>	17.1 – Смешанная тревожно-депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации
15.1 – безразличное	17.2 – другой (указать)
15.2 – с пониманием	<b>18. Сопутствующий диагноз</b>
15.3 – подвергают критике	<b>19. Исход настоящего заболевания</b>
15.4 – полное непонимание	19.1 – улучшение
15.5 – прочее	19.2 – без улучшения
<b>16. Сопутствующие заболевания</b>	19.3 – ухудшение
16.1 – сопутствующих заболеваний нет	<b>20. Удовлетворенность лечением:</b>
16.2 – болезни сердечнососудистой системы	20.1 – удовлетворена
16.3 – болезни органов пищеварения	20.2 – не удовлетворена

По данным литературы, высшее образование выполняет защитные функции от стрессов и депрессии в любом возрасте, а для позднего возраста является фактором профилактики развития когнитивного дефицита и деменции [236, 284, 291, 292].

В нашем исследовании женщин с высшим образованием оказалось на 24% больше в группе работающих. Учитывая защитные и профилактические функции высшего образования, этот фактор, наряду с умственными способностями, следует отнести к ресурсным возможностям, которые могут быть задействованы в реализации персонифицированного подхода к лечению пациенток.

Работали до увольнения все женщины первой группы в соответствии с образованием и квалификацией. Больше половины пациенток второй группы с высшим образованием по достижении пенсионного возраста продолжали работать по профессии и только 8%, имея высшее образование, на пенсии перешли на неквалифицированный труд. Женщины со средним специальным образованием остались на прежних должностях.

Из таблицы 2.2.1.2 видно, высшее образование имели около половины не работающих женщин и большая часть работающих. Незаконченное высшее и среднее специальное образование имели только работающие пациентки. По уровню

образования работающие женщины превосходят группу неработающих.

По семейному положению группы мало отличались. Из таблицы 2.2.1.2 видно, что вдов было немного больше в группе не работающих.

**Таблица 2.2.1.2 – Демографическая характеристика респондентов (к-во/%)**

Показатель	Группа 1	Группа 2
Средний возраст, лет	61,9 <sub>±</sub> 4,7	57,8 <sub>±</sub> 2,8
<b>Проживание</b>		
Село	38/36%	11/12%
Город	68/ 64%	83/88%
<b>Образование</b>		
Высшее	52/48%	64/68%
Незаконченное высшее	-	4/4%
Среднее специальное	-	4/4%
Общее среднее	41/39%	15/16%
Начальное	13/13%	7/ 8%
<b>Профессия</b>		
Соответствует высшему образованию	59/56%	60/64%
Соответствует среднему специальному образованию	34/32%	23/24%
Высоко квалифицированные	4/4%	4/4%
Неквалифицированный труд	9/8%	7/8%
<b>Семейное положение</b>		
Замужем	42/40%	41/44%
Не замужем	9/8%	11/12%
Разведена	34/32%	31/32%
Вдова	21/20%	11/12%
<b>Количество детей</b>		
Нет	-	7/8%
Один	55/52%	46/48%
Два	42/40%	41/44%
Трое	9/8%	-
<b>Отношения в семье</b>		
Хорошие	46/45%	40/41%
Неустойчивые	26/25%	24/26%
Нейтральные	16/20%	13/14%
Конфликтные	14/11%	10/11%
Нет семьи	4/4%	7/8%
<b>Период от начала заболевания до обращения за помощью</b>		
До 1 года	59/56%	38/40%
От 1 года до 2-х лет	30/28%	41/44%
Более 2-х лет	17/16%	15/16%
<b>Впервые обратились</b>		
К целителю	34/32%	26/28%
К врачу общей практики	59/56%	42/44%
К психиатру	13/12%	26/28%



Женщин в разводе в группах было одинаковое количество.

В обеих группах почти все женщины в семье имели по 1-2 ребенка. Только отдельные семьи первой группы имели трех детей. Не имели детей и семьи только женщины работающей группы.

Взаимоотношения в семьях женщины выборки характеризовали в примерно одинаковых пропорциях, только работающие женщины нейтральность в семейных отношениях отмечали в несколько меньшей степени. По данным литературы успешность лечения как психических, так и соматических заболеваний в позднем возрасте зависит в значительной степени от поддержки семьи и близкого окружения. В позднем возрасте это помогает переносить ситуации утраты.

Переживание «одиначества в семье», возникает у лиц позднего возраста с эмоционально чутким, открытым характером при отношении к ним семьи с безразличием, холодностью, отказом от общения и помощи [76, 77]. В нашем исследовании менее половины семейных женщин всей выборки, в соответствии со своими сугубо индивидуальными оценками, отметили хорошие отношения в семье, а, следовательно, и поддержку в преодолении болезни и в лечении. К сожалению, неустойчивые, нейтральные или конфликтные семейные взаимоотношения могли явиться как причиной или преморбидным фактором, так и усугубить проявления невротической симптоматики.

На вопрос о размерах дохода, женщины обеих групп скромно считали высоким доход 40-46 тыс. руб. в месяц, средним 18-36 тыс. и низким 15-18 тыс. В первой группе до выхода на пенсию указали, что ранее имели высокий доход только 16% респондентов. После прекращения работы все указавшие высокий доход перешли на показатели среднего и низкого (см. таблицу 2.2.1.2).

В работающей группе до пенсии только единицы имели высокий доход, остальные – средний и низкий. Работая и получая пенсию большинство женщин указали, что остались на том же уровне доходов. Те, кто считал свой доход высоким или средним, отметили снижение до среднего и низкого. Эти данные, видимо, связаны с тем, что после выхода на пенсию большинство работающих вынуждены переходить на более низкооплачиваемую работу или на неполный рабочий день. В

целом как работающие, так и не работающие женщины отметили снижение материального достатка в пенсионном периоде.

Полученные результаты согласуются с данными других авторов, изучающих благосостояние российских пенсионеров, которые подтверждают, что работа на пенсии не позволяет принципиально качественно улучшить материальное положение [236, 250].

Время от начала заболевания и обращения за помощью варьировало от нескольких месяцев до нескольких лет (см. таблицу 2.2.1.2).

Обращение за медицинской помощью к врачу-психиатру в первые месяцы после начала заболевания можно считать редкостью, особенно для женщин неработающей группы. Подавляющее большинство безрезультатно лечилось у врачей общей практики и целителей в течение нескольких лет. В целом у целителей лечились 60% женщин первой группы и 28% второй группы.

В психиатрическом стационаре неоднократно лечились 20% работающих пациенток и 44% оставивших работу.

Выяснение отношения членов семьи к заболеванию женщин показало, что взаимоотношения в семьях пациенток обеих групп почти в половине случаев нельзя считать гармоничными. Конфликтные взаимоотношения, непонимание и критика болезненного состояния женщин со стороны членов семьи отмечены чаще в семьях неработающих пациенток (см. таблицу 2.2.1.2).

Кроме основного заболевания пациенты, в силу пожилого возраста, имели сопутствующие заболевания и состояния. В группе не работающих пациенток заболевания сердечно-сосудистой системы имели 68% женщин, заболевания эндокринной системы – 12%, заболевания пищеварительной системы – 20%. В группе работающих женщин эти показатели составляли соответственно 52% - 2% - 20%. Причем только одно сопутствующее заболевание (в основном, гипертоническая болезнь), имели только 30% женщин работающей группы.

Нами выбраны 10 основных социальных факторов риска развития стрессовых расстройств, наиболее значимых для обеих групп испытуемых (Таблица 2.2.1.3).

Данные о социальных факторах проанализированы с применением методик  $\chi^2$  и критерия Манна-Уитни. Получены результаты:  $\chi^2_{\text{эмп}} = 11.388$  различия статистически не значимы, эмпирическое значение  $U_{\text{эмп}}(48.5)$  находится в зоне незначимости. Это свидетельствует о том, что социальные факторы оказались одинаково значимыми для женщин как работающей, так и не работающей группы.

**Таблица 2.2.1.3** – Основные факторы риска развития НР, указанные пациентками (к-во/%)

Показатель	Группа 1	Группа 2
1. Угроза, страх безработицы	45/44%	83/88%
2. Страх материального обнищания	76/72%	79/84%
3. Неуверенность в завтрашнем дне	54/51%	71/76%
4. Плохие жилищные условия	17/16%	18/20%
5. Смерть близких	19/18%	16/17%
6. Болезнь близких	21/20%	18/20%
7. Длительная разлука	18/17%	15/16%
8. Конфликты в семье	25/24%	31/32%
9. Физическое и психическое переутомление	17/16%	18/20%
10. Хронические соматические заболевания	51/48%	31/32%

Кроме того, 28% неработающих женщины по рабочему периоду жизни припомнили и конфликты на работе, а почти все работающие женщины стрессовыми факторами назвали конкуренцию и конфликты на работе и 24% жаловались на низкую, нерегулярную заработную плату.

### 2.3. Характеристика методов исследования

#### 2.3.1. Особенности постановки диагноза F43.22 «Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации»

Для постановки диагноза и оценки состояния больных нами использовались клинико-anamnestический и клинико-психопатологический методы.

Диагностика НР в целом сопряжена с определенными трудностями. Единственный стандарт оказания медицинской помощи по нозологической единице F43 МКБ-10 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» есть в Приказе МЗ РФ 2012 г. № 1103н [5]. По нозологической единице F43.22 «Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» МКБ-10 ограничивается рекомендацией при постановке диагноза

исключить уровень симптомов тревоги и депрессии, соответствующие нозологическим единицам F41.2 – «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство», и F41.3 – «Другие смешанные тревожные расстройства». Но при этом симптомы тревоги и депрессии должны быть отчетливо выражены. В отношении расстройства адаптации (РА) диагностических указаний нет [205]. В МКБ-10 РА описаны в рубрике расстройств, связанных со стрессом, однако термин «стресс» означает не общий адаптационный синдром (по Г. Селье), а стрессовое событие, нарушающее психическую адаптацию, но не имеющую чрезвычайного характера для данной личности, т. е. не угрожает жизни, физическому и психическому благополучию.

Что касается сочетания тревоги и депрессии с расстройством адаптации (РА), то следует учесть, что РА определяется как дезадаптивная реакция на выявленный стрессор в виде значительного изменения жизни или такого стрессового события, которое вызвало субъективный дистресс и эмоциональные нарушения, такие, как депрессия, беспокойство и неспособность справиться с симптомами [17]. В МКБ-10 есть указание на то, что реакции горя любой длительности, оцениваемые, как аномальные вследствие их формы или содержания, должны кодироваться как F43.22.

РА являются одними из самых противоречивых расстройств в плане диагностики невротических состояний и наглядно показывают проблему границ между нормой и патологией. РА имеют расплывчатые, нечеткие симптомы, пересекающиеся с другими нозологическими единицами. Для диагностики РА нет специфических психометрических шкал, используют шкалы, разработанные для других расстройств, что способствует большой неразберихе в этой области. Несмотря на множество исследований, посвященных РА, главной проблемой остается отсутствие объективных диагностических методов, особенно, на нейрофизиологической основе [52, 188]. Поскольку не определены характерные феноменологические признаки, в настоящее время не существует установленных стандартов диагностики РА, основанных на диагностических критериях МКБ.

Учитывая эти данные, нами диагноз по нозологической единице F43.22 устанавливался при сочетании симптомов тревоги, депрессии и расстройства адаптации, которое мы идентифицировали с позиции двух ведущих признаков, рекомендованных в работе О.С. Антиповой (2013) - значимость стрессорного фактора для пациента и неспособность адаптироваться, нарушающее повседневное функционирование [17]. Кроме того, мы оценивали тяжесть симптомов, анамнез и личностные особенности пациенток, а также временную связь между стрессовым событием и наступившим расстройством. Основным стрессовым событием для наших пациенток выступал кризис пенсионного возраста и проблемы сохранения или прекращения трудовой деятельности.

Принимались во внимание данные лабораторных и инструментальных исследований, консультации терапевта, невролога, психолога; результаты психопатологических исследований. Общим признаком ЭЭГ наших пациентов была десинхронизация, которая не является специфическим признаком невротического расстройства. Отсутствие специфических особенностей ЭЭГ при пограничных состояниях отмечены многими психиатрами. В то же время изменения типа десинхронизации ЭЭГ ряд авторов считает достаточно характерным признаком тревожных расстройств [21, 92, 108 и др.].

### **2.3.2. Методы психопатологических исследований**

Психопатологические исследования проводились по следующим методикам:

1. «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» (авторы - К. К. Яхин, Д. М. Менделевич) [262].

Статус невротических расстройств многие исследователи считают уникальным, поскольку в этиопатогенезе заболевания выявлена особая роль психологического фактора [51, 83, 84, 108, 110, 111, 174, 176, 177, 212, 240]. На протяжении многих лет изучались самые различные психологические характеристики больных НР, делались попытки выделить наиболее информативную методику, разрабатывались новые и адаптировались уже существующие методы исследования психологических проявлений НР. К. К. Яхин

и Д. М. Менделевич (1978) разработали «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний», к которым авторы относят тревожность, склонность к депрессии, астенические состояния и истеричность, а также фобии, навязчивые состояния и некоторые соматические нарушения [117]. Данный тест-опросник как клинико-психологический метод активно применяется врачами-психиатрами, медицинскими и клиническими психологами в исследовании различных невротических расстройств [115, 160, 262], однако в геронтопсихиатрии указаний на его использование нет, поэтому мы сочли полезным применить его в нашем исследовании.

Опросник невротизации дает возможность качественного и количественного анализа невротических проявлений, позволяет выявить основные синдромы невротических состояний. Опросник состоит из 68 вопросов и включает в себя шесть шкал: тревога, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения (навязчивости), вегетативные нарушения. Испытуемому предлагается оценить свое текущее состояние по пятибалльной системе: 5 баллов – никогда не было, 4 балла – редко, 3 балла – иногда, 2 балла – часто, 1 балл – постоянно или всегда.

Для обработки используются таблицы значений диагностических коэффициентов по шести шкалам. По каждой шкале суммируются диагностические коэффициенты и выстраивается график. Показатель больше (+) 1,28 указывает на состояние стабильной психической адаптации, меньше (-) 1,28 свидетельствует о психической дезадаптации – болезнь. Показатели в интервале (+) 1,27 до (-) 1,27 – неустойчивая психическая адаптация.

## 2. Диагностика мотивационной структуры личности (В. Э. Мильман) [164].

Методика представляет собой опросный сбор диагностических симптомов по заданным мотивационным свойствам и состоит из 14 групп утверждений. Каждая из них разделяется на 8 альтернативных пунктов. Испытуемый должен выразить свое отношение к каждому из них - то есть не выбрать один из пунктов, а оценить каждый - по 5-балльной системе. Общая оценка мотивационной сферы личности, составляется по шкалам: жизнеобеспечение, комфорт, социальный статус,

общение, общая активность, творческая активность, социальная полезность, общежитийская направленность личности, рабочая направленность личности.

3. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (изучение механизмов психологической защиты - Life style index – LSI)» [41, 372, 373, 374].

Опросник представляет собой текст инструкции и девятюсто семь утверждений. Испытуемый должен отметить те высказывания, которые соответствуют его поведению или состоянию.

Бланк для регистрации ответов представляет собой решетку, у которой вертикалям соответствуют номера утверждений, а горизонталям шкалы, соответствующие 8 измеряемым защитным механизмам: отрицание, вытеснение, регрессия, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивное образование. Интерпретация полученных данных производится в соответствии с содержательными характеристиками видов механизмов психологической защиты.

4. Диагностика копинг-стратегий, предложенная Е. Heim [178, 329]. Методика позволяет исследовать 26 ситуационно-специфических вариантов типов поведения, реагирования на сложную ситуацию, борьбы со стрессом, распределенных в соответствии с тремя основными сферами психической деятельности на когнитивный (переосмысливание, анализ случившегося и т.д.), эмоциональный и поведенческий копинг механизмы. Методика адаптирована в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, под руководством д.м.н. профессора Л. И. Вассермана.

Психиатрам в работе с пациентами рекомендуются использовать методики для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями [165]. Диагностика по методике Хайма, как указывает Р. Р. Набиуллина (2003), считается достаточно эффективной для выявления мишеней психотерапии [178].

5. Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге [208].

Опросник предназначен для определения уровня стрессового состояния человека на момент обследования и прогноза его стрессоустойчивости. Авторы

составили шкалу из 43 распространенных жизненных событий, являющихся в той или иной степени стрессогенными. Каждому событию соответствует определенное количество баллов. Обследуемый должен отметить в списке те события, которые с ним случались за последний год. Если какая-либо ситуация возникала у обследуемого чаще одного раза, то соответствующее ситуации количество баллов следует умножить на данное количество раз. В итоге подсчитывается сумма полученных баллов по всему опроснику, и вычисляется среднее арифметическое.

Сумма баллов показывала степень сопротивляемости стрессу.

Общая сумма баллов	Степень сопротивляемости стрессу
150-199	Высокая
200-299	Пороговая
300 и более	Низкая (ранимость)

6. Торонтская Алекситимическая Шкала [26, 80, 208]. Тест адаптирован в НИИ им. Бехтерева. TAS-26 состоит из 26 вопросов, из которых ряд интерпретируется в прямых значениях, а ряд - в противоположных, что позволяет снизить установочность ответов испытуемого. Испытуемому предлагается бланк с утверждениями, с которыми он должен согласиться или не согласиться. Ответы переводятся в баллы. Нормальным уровнем считается не более 62 баллов. Значения в 74 и более балла соответствуют явной алекситимии, остальные значения - промежуточным степеням.

Анализ изученной литературы показал, что ориентируют в выборе психотерапевтических методик и прогнозировании эффективности терапии уровень алекситимичности (АТ) пациентов, который связан с уровнем депрессии и тревоги. Кроме того, АТ является предиктором и признаком психосоматических заболеваний. У больных неврозами и здоровых лиц показатели АТ имеют статистически достоверные различия.

Пациентов с высокими показателями АТ относят к категории наиболее трудных для оказания психотерапевтической помощи, т.к. большинство психотерапевтических подходов предполагают хотя бы относительно сохранную способность использовать собственные эмоции в качестве важных символов.



Создание терапевтического альянса в этих случаях существенно затруднено, что является одним из предикторов отрицательного прогностического значения [194].

Основная цель психотерапии пациентов с алекситимическими характеристиками — помочь им распознать, а затем и вербализовать свои эмоции [194]. Кроме того, рекомендуется также применение гипноза, телесноориентированной терапии, нервно-мышечной релаксации, арт-терапии [43, 44].

7. Психогеометрический тест С. Деллингер (как проективный метод, способствующий установлению контакта) [208].

8. Метод «Незаконченные предложения» (тест Сакса-Леви) [208].

Вариант этого метода включает 60 незаконченных предложений, которые разделены на 15 групп, характеризующих в той или иной степени систему отношений обследуемого к семье, к представителям своего или противоположного пола, к сексуальным отношениям, к вышестоящим по служебному положению и подчиненным. Некоторые группы предложений имеют отношение к испытываемым человеком страхам и опасениям, к имеющемуся у него чувству осознания собственной вины, свидетельствуют о его отношении к прошлому и будущему, затрагивают взаимоотношения с родителями и друзьями, собственные жизненные цели. Для каждой группы предложений выводится характеристика, определяющая данную систему отношений как положительную, отрицательную или безразличную. Тестируемому предлагается дописать незаконченные предложения по своему усмотрению. Тест может применяться индивидуально и в группах и занимает от 20 до 40 минут, рекомендуемый возраст испытуемых от 20 до 60 лет.

Клинико-психологический подход содержит использование проективных методик в диагностике НР, так как они помогают обнаружить не вполне осознаваемые чувства, конфликты и установки, которые настолько важны, что, хотя и не осознаются, но изменяют поведение. В руководстве по клинической психологии В. М. Блейхер с соавт. (2002) в разделе «Пограничные нервно-

психические расстройства» приводят ценные показатели, получаемые для оценки личности больных неврозами с помощью проективных методов [32].

Е. А. Колотильщикова (2014) в работе, посвященной психологической диагностике невротических расстройств, приводит данные Г. С. Соколовой и И. А. Винкшны (1971), которые проводили исследование системы отношений больных неврозами с помощью методики незаконченных предложений. Эти данные сопоставлялись с результатами клинико-психологических исследований по оценке лечащих врачей, и был отмечен высокий процент совпадений показателей. Авторы выделили области отношений, отличающиеся наибольшей степенью нарушений - это самооценка, жизненные цели (отношение к будущему, нереализованные возможности) и отношение к родным [121]. Однако средний возраст обследованных пациентов составил  $31,90 \pm 1,77$  года без дифференцировки по полу.

Исследование самоотношения больных невротическими расстройствами проводилось в работах Е. С. Сусловой и Е. Л. Николаева (2009), Е. Л. Николаева и Е. Ю. Лазаревой (2013). Установлено, что эмоционально-оценочная система самоотношения при невротических расстройствах характеризуется низким уровнем самоосознанности. При дифференцированном варианте дискурсивного типа пациенты отличаются высоким уровнем закрытости, нежеланием продуктивно обсуждать собственную личность и ее проблемы. Недостаточное принятие собственной личности сопровождается у пациентов при диффузном варианте дискурсивного типа актуализацией потребности в тесном общении и понимании. Уважение к собственной личности при диссоциированном варианте дискурсивного типа определяется не системой внутренних ориентиров, а результатами оценки окружающими при межличностном общении. [187, 188, 227].

В клинике неврозов метод "незаконченных предложений" применяется в комплексе диагностических методик, так как выявляет широкий спектр личностных особенностей (личностных дисфункций), присущих пациентам с невротическими расстройствами, и показывает их выраженность.

Методики психотерапии включали модифицированные и адаптированные к пожилому возрасту тренинги динамически ориентированной психотерапии, подобранные в соответствии с отечественной концепцией личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (ЛОПП) [19, 121, 166]; модификации тренингов когнитивно-поведенческой терапии [248, 270, 295, 308], гештальт-терапии, а также методик интегративной онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии, телесно-ориентированной, арт-терапии и других видов психотерапии [44, 116, 206].

Использовались методы математической статистики. Качественные признаки описывались с помощью абсолютных и относительных (%) показателей. Количественные результаты обработаны статистически с помощью компьютерной программы Statistical Package of the Social Science (пакет SPSS - статистический пакет для социальных наук). Применены методы сравнения: критерий  $\chi^2$ -Пирсона; критерий t-Стьюдента и сравнение двух дисперсий (критерий равенства дисперсий Ливена) для независимых выборок. В качестве меры различия между объектами выступали коэффициенты корреляции, факторный анализ методом вращения факторов — варимакс-вращение (Varimax normalized) [180].

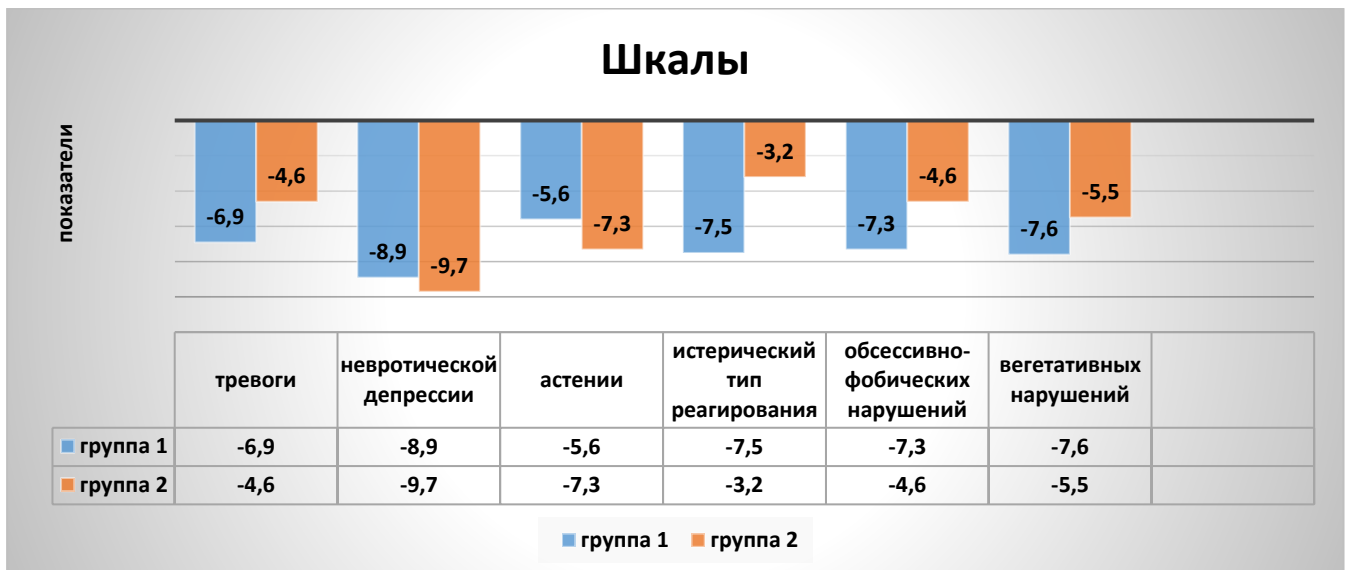
## ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ ДАННЫХ

### 3.1. Оценка невротического статуса

Показатели исследования по Клиническому опроснику для выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина и Д. М. Менделевича по группам представлены в таблице 3.1.1 и на рисунке 3.1.1.

**Таблица 3.1.1** – Оценка невротического статуса

Группа	Показатели шкал $M \pm m$						Результат
	Тревога	Невротическая депрессия	Астения	Истерический тип реагирования	Обсессивно-фобические нарушения	Вегетативные нарушения	
Первая	0,69±0,46	0,88±0,31	0,76±0,42	0,75±0,43	0,72±0,44	0,76±0,42	4,58±1,86
Вторая	0,46±0,50	0,96±0,17	0,52±0,50	0,32±0,47	0,46±0,50	0,54±0,50	3,32±2,00
Значимость	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$



**Рисунок 3.1.1** – Показатели невротического статуса в группах испытуемых

Результаты математической обработки данных программой SPSS представлены в таблицах 3.1.2 и 3.1.3).

**Таблица 3.1.2** – Групповые статистики по показателям Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина и Д. М. Менделевича

	Группа	N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего
тревога	1	106	0,69	0,465	0,045
	2	93	0,46	0,501	0,052
депрессия	1	106	0,8868	0,31835	0,03092
	2	93	0,9677	0,17764	0,01842
астения	1	106	0,7642	0,42655	0,04143
	2	93	0,5269	0,50198	0,05205
истерика	1	106	0,7547	0,43230	0,04199
	2	93	0,3226	0,47000	0,04874
фобии	1	106	0,7264	0,44792	0,04351
	2	93	0,4624	0,50128	0,05198
вегетатив	1	106	0,7642	0,42655	0,04143
	2	93	0,5484	0,50035	0,05188
результат	1	106	4,5849	1,86633	0,18127
	2	93	3,3226	2,00088	0,20748

**Таблица 3.1.3** – Оценка равенства дисперсий для независимых выборок по показателям Стрессоустойчивость Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина и Д. М. Менделевича

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		1-критерии равенства средних						
		F	Знч.	t	Ст.св.	Знч. (2-сторон)	Разность Средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних	
									Нижняя граница	Верхняя граница
тревога	1	13,546	0,000	3,302	197	0,001	0,226	0,069	0,091	0,361
	2			3,286	189,012	001	0,226	0,069	0,090	0,362
депрессия	1	20,966	0,000	-2,173	197	0,031	-0,08095	0,03725	-0,15442	-0,00748
	2			-2,249	168,528	0,026	0,08095	0,03599	0,15200	0,00990
астения	1	34,476	0,000	3,604	197	0,000	0,23727	0,06583	0,10745	0,36708
	2			3,566	181,619	0,000	0,23727	0,06653	0,10600	0,36854
истерика	1	5,692	0,018	6,754	197	0,000	0,43214	0,06398	0,30597	0,55831
	2			6,718	188,343	0,000	0,43214	0,06433	0,30524	0,55904
фобии	1	21793	0,000	3,924	197	0,000	0,26405	0,06729	0,13135	0,39675
	2			3,895	186,046	0,000	0,26405	0,06778	0,13032	0,39777
вегетатив	1	31,998	0,000	3,284	197	0,001	0,21576	0,06571	0,08618	0,34535
	2			3,250	181,921	0,001	0,21576	0,06640	0,08476	0,34677
результат	1	4,999	0,026	4,63	197	0,000	1,26233	0,27426	0,72146	1,80319
	2			4,582	189,376	0,000	1,26233	0,27552	0,71885	1,80580

Примечание – 1 – Предполагается равенство дисперсий, 2 – Равенство дисперсий не предполагается.

Математическая обработка результатов по группам показала, что

статистически значимы различия:

- по шкале тревоги между группой 1 и группой 2 (t-критерий= 3,286);
- по шкале невротической депрессии между группой 1 и группой 2 (t-критерий= – 2,249);
- по шкале астении между группой 1 и группой 2 (t-критерий= 3,566);
- по шкале истерического типа реагирования между группой 1 и группой 2 (t-критерий= 6,718);
- по шкале obsессивно-фобических нарушений между группой 1 и группой 2 (t-критерий= 3,895);
- по шкале вегетативных нарушений между группой 1 и группой 2 (t-критерий = 3,250);
- по общему результату между группой 1 и группой 2 (t-критерий= 4,582).

Анализ значимых различий показателей подтверждает менее выраженный уровень тревоги у работающей группы по сравнению с неработающими пациентками.

Тревожное расстройство наряду с депрессией и деменцией считается основным типом расстройств пожилого возраста [237, 321, 395], причем симптомы тревоги рассматриваются как практически облигатные в структуре позднеговозрастных депрессивных и невротических расстройств [213]. Если тревога является эмоциональным состоянием, возникающим в ситуациях неопределенной опасности, то тревожностью считается склонность индивида к переживанию самой тревоги. Тревожность характеризуется низким порогом возникновения реакции тревоги [26, 276]. Поэтому можно считать, что пациентки, оставившие трудовую деятельность, отличаются повышенным уровнем тревожности.

По шкале невротической депрессии статистически значимо более высокие показатели зафиксированы также в группе не работающих пациенток.

Преобладающее большинство психиатров указывают на увеличение распространенности депрессивных расстройств у больных старших возрастных групп [199, 383, 393]. Актуальность их изучения увеличивается с каждым годом [62]. Вместе с тем легкие и средней степени депрессивные расстройства, несмотря

на их большую распространенность, выявляются у людей позднего возраста гораздо реже по сравнению с выраженной депрессией [199]. Кроме того, к легким депрессивным расстройствам пожилые люди часто относятся как к психологическим изменениям. Видимо поэтому большинство наших пациенток с запозданием обращались за помощью к психиатру.

По шкале астении работающие женщины имеют более низкие показатели, чем неработающие. Астению обычно характеризуют как общую реакцию организма на любое состояние, угрожающее истощением энергетических ресурсов. Астения считается симптомом невротического регистра и может быть проявлением собственно невротических состояний [170].

По шкале истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений пациентки первой группы имеют значимо большую интенсивность и напряжённость соответствующих клинических проявлений, что позволяет прогнозировать преобладание тех или иных копинг-стратегий и психологических защит в личностных характеристиках респондентов.

Надо отметить, что истерические синдромы находятся в рубрике международной классификации F41 – другие тревожные расстройства (прежде всего тревожная истерия F41.8) и часто сочетаются с депрессивными расстройствами [41].

По данным И. И. Сергеева (2006), обсессивно-фобические расстройства в пресенильном периоде чаще развиваются на фоне хронических соматических заболеваний. Невротические страхи и опасения обычно носят характер нозофобий с ипохондрической тематикой в форме инфаркто-, канцеро-, инсультофобий. Критическое отношение к ним снижено или отсутствует. Они не обнаруживают характерную для молодого возраста тенденцию к усложнению и в большинстве случаев проявляются на фоне тревожной субдепрессии с выраженными вегетативными нарушениями [214]. Описанные тенденции прослеживаются и у пациенток нашей выборки, но не достигают высокой ипохондрической тематики.

Таким образом, патогенное влияние структуры личности позднего возраста пациенток, продолжающих трудовую деятельность, по

сравнению с пациентками, оставившими работу, характеризуется по шкале невротических состояний статистически значимо более низкими показателями тревоги, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений, и статистически значимо более высокими показателями по шкалам невротической депрессии и астении.

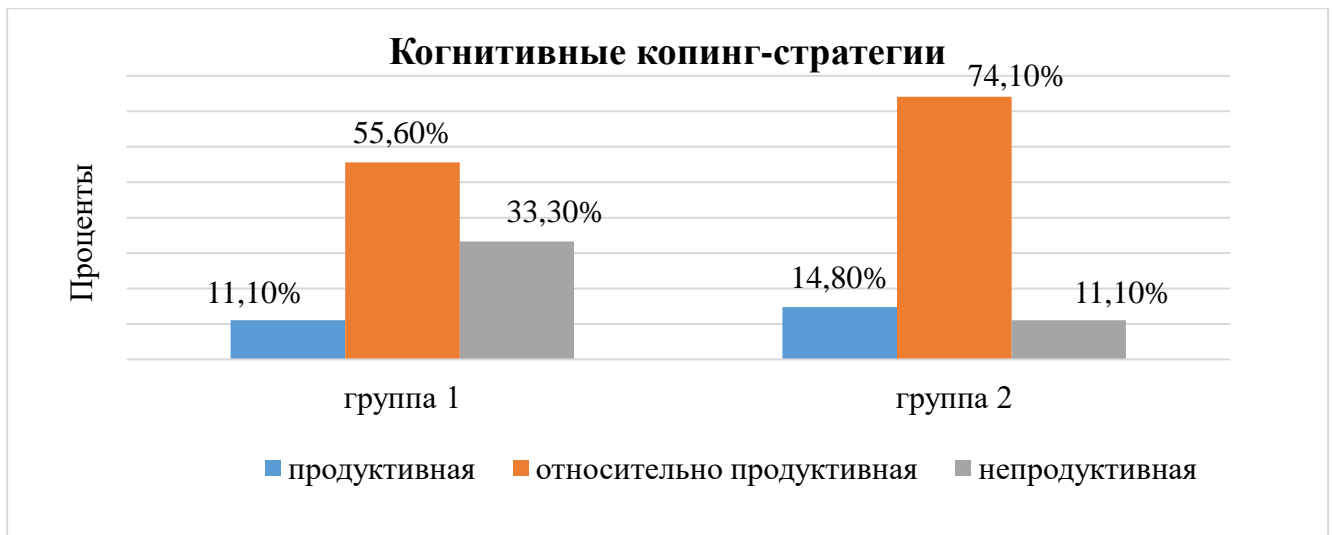
### 3.2. Исследование копинг-стратегий

Показатели по группам диагностики копинг-стратегий, проводимой по методике, предложенной Е. Неим (тест Хайма борьбы со стрессом) [329], сведены в таблицу 3.2.1 и рисунки 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3.

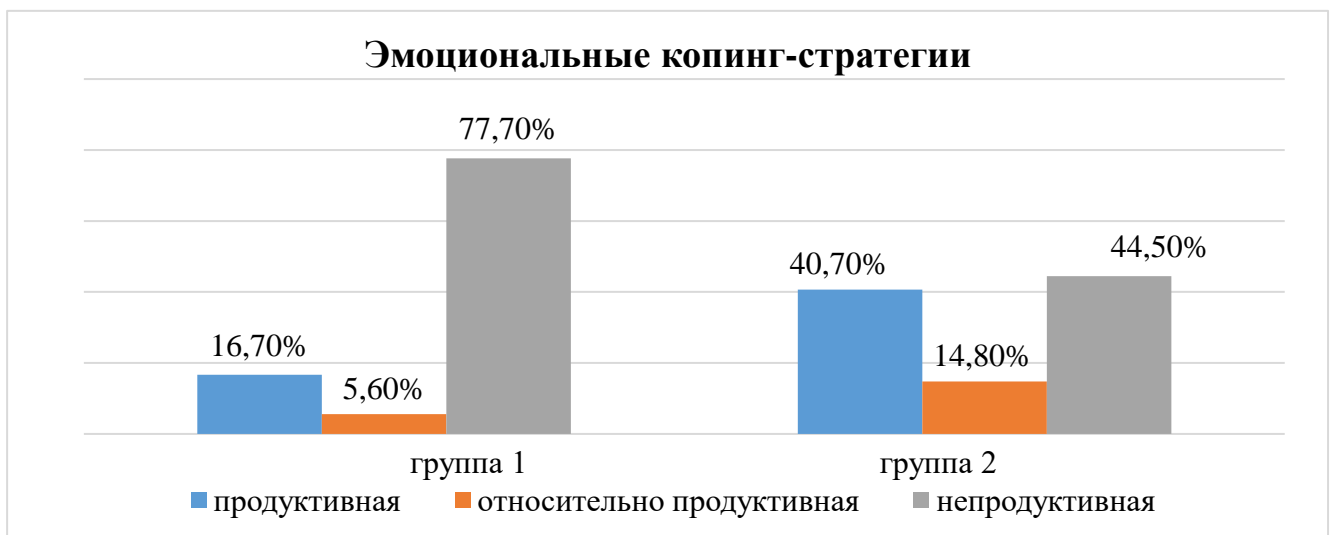
**Таблица 3.2.1** – Сравнительная характеристика респондентов первой и второй группы по использованию копинг-стратегий

Копинг-стратегии	1 группа % выбора	2 группа % выбора	Статистическая значимость
<b>А. Когнитивные</b>			
Продуктивные (проблемный анализ)	11,1%	14,8%	<b>p≤0,05</b>
Относительно продуктивные (игнорирование, диссимуляция, сохранение самообладания, относительность, религиозность, придача смысла, установка собственной ценности)	55,6%	74,1%	
Непродуктивные (смирение, растерянность)	33,3%	11,1%	
<b>Б. Эмоциональные</b>			
Продуктивные (оптимизм)	16,7%	40,7%	<b>p≤0,05</b>
Относительно продуктивные (протест, пассивная кооперация)	5,6%	14,8%	
Непродуктивные (эмоциональная разрядка, подавление эмоций, покорность, самообвинение, агрессивность)	77,7%	44,5%	
<b>В. Поведенческие</b>			
Продуктивные (сотрудничество)	5,6%	29,6%	<b>p≤0,05</b>
Относительно продуктивные (отвлечение, альтруизм, компенсация, конструктивная активность, обращение - просьба помощи для выхода из сложных ситуаций у других)	55,6%	44,5%	
Непродуктивные (активное избегание, отступление)	38,8%	25,9%	

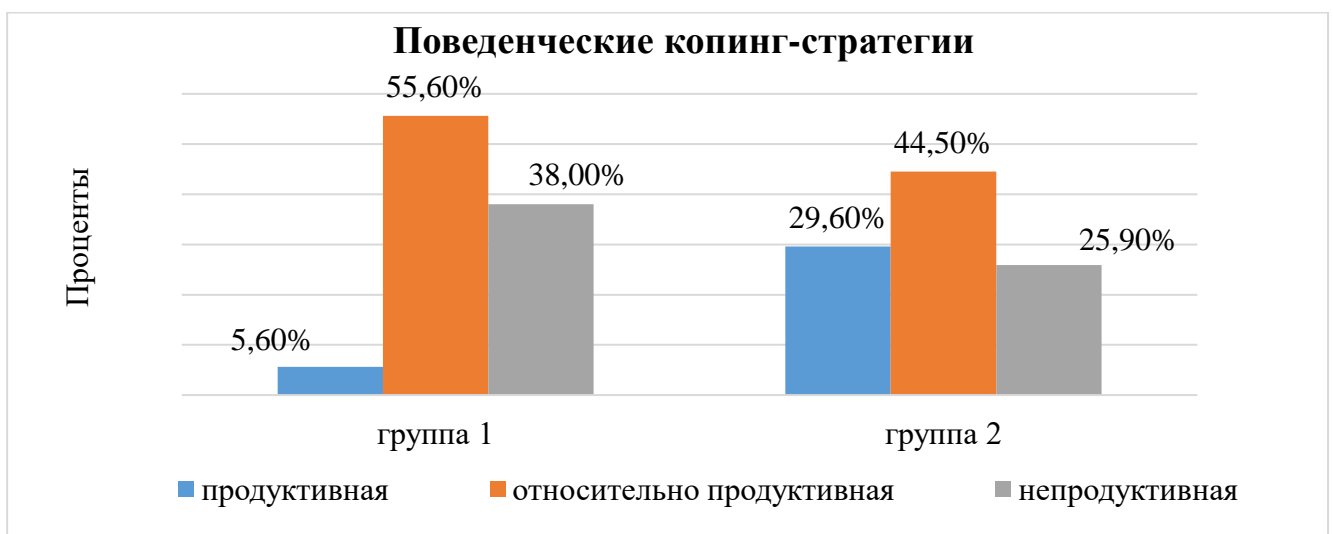




**Рисунок 3.2.1 – Показатели когнитивных копинг-стратегий**



**Рисунок 3.2.2 – Показатели эмоциональных копинг-стратегий**



**Рисунок 3.2.3 – Показатели поведенческих копинг-стратегий**

Анализ полученных данных позволяет установить для всей выборки преобладание относительно продуктивных когнитивных и поведенческих копинг стратегий и непродуктивных эмоциональных. Мы считаем эти показатели свидетельством гендерных различий, которые, по мнению R. E. Gur (2002), отражают поло-ролевые стереотипы [324], поэтому женщины чаще прибегают к поиску социальной поддержки и непродуктивному эмоциональному реагированию.

Результаты математической обработки данных программой SPSS по показателям копинг-стратегий представлены в таблицах 3.2.2 и 3.2.3).

**Таблица 3.2.2** – Групповые статистики по показателям методики E. Heim

	Группа	N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего
Копинг А	1	106	2,3019	0,61983	0,06020
	2	93	2,0323	0,54076	0,05607
Копинг Б	1	106	2,5849	0,79124	0,07685
	2	93	2,1075	0,92622	0,09604
Копинг В	1	106	2,2642	0,53987	0,05244
	2	93	2,0323	0,75831	0,07863

**Таблица 3.2.3** – Оценка равенства дисперсий для независимых выборок по показателям методики E. Heim

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		1-критерии равенства средних						
		F	Знч.	t	Ст.св.	Знч. (2-сторон)	Разность Средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних	
									Нижняя граница	Верхняя граница
Копинг А	1	18,587	0,000	3,248	197	0,001	0,26963	0,08301	0,10593	0,43333
	2			3,277	196,995	0,001	0,26963	0,08227	0,10738	0,43188
Копинг Б	1	15.162	0,000	3,921	197	0,000	0,47738	0,12175	0,23728	0,71748
	2			3,881	182,112	0,000	0,47738	0,12301	0,23468	0,72008
Копинг В	1	5,102	0,025	2,507	197	0,013	0,23189	0,09250	0,04947	0,41432
	2			2,454	163,661	0,015	0,23189	0,09451	0,04527	0,41852

Примечание – 1 – Предполагается равенство дисперсий, 2 – Равенство дисперсий не предполагается.

Математическая обработка данных показала статистическую значимость различий:

– по копинг-стратегии А между группой 1 (среднее значение 2,30) и группой 2 (среднее значение 2,03), т. к. t-критерий=3,277;

– по копинг-стратегии Б между группой 1 (среднее значение 2,58) и группой 2 (среднее значение 2,10), т. к.  $t$ -критерий=3,881;

– по копинг-стратегии В между группой 1 (среднее значение 2,26) и группой 2 (среднее значение 2,03), т. к.  $t$ -критерий=2,454;

То есть, проблемный анализ стрессовой ситуации в большей степени присущ пациенткам работающей группы.

J.A. Penley, J. Tomaka, J.S. Wiebe (2002) считают, что по результатам подавляющего большинства исследований активные проблемно-ориентированные действия — оптимальный способ совладания со стрессом, обеспечивающий достаточно высокое качество жизни и максимально возможное сохранение здоровья [370].

Применение эмоциональных копинг-стратегий продуктивного уровня (оптимизм) у пациенток, продолжающих работать, статистически значимо чаще, чем у неработающей группы. Продуктивные поведенческие копинг-стратегии (сотрудничество) более типичны для работающей группы.

Как видно из приведенных показателей, продуктивных и относительно продуктивных копинг-стратегий статистически значимо больше у пациенток работающей группы, что, безусловно, может быть использовано в качестве ресурса восстановления психического здоровья.

Обращает на себя внимание тот факт, что когнитивных непродуктивных стратегий в работающей группе в три раза меньше, чем в неработающей; эмоциональных непродуктивных в 2 раза, а поведенческих непродуктивных меньше всего на 12%. То есть, в плане непродуктивных поведенческих стратегий группы мало отличаются.

В обеих группах больше всего относительно продуктивных поведенческих копинг-стратегий, то есть поведение характеризуется стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью различных отвлекающих средств. Относительно продуктивных эмоциональных и когнитивных стратегий придерживаются почти половина работающих и большинство неработающих пациенток.

В последнее время исследователи копинга стали придерживаться так называемого ресурсного подхода. Ресурсный подход делает акцент на то, что существует процесс «распределения ресурсов» (commerce of resources), который объясняет тот факт, что некоторым людям удается сохранять здоровье и адаптироваться несмотря на различные жизненные обстоятельства. Так, например, М. Селигман в качестве главного ресурса в совладании со стрессом рассматривает оптимизм [384]. Однако Е. А. Колотильщикова (2014) считает, что оптимизм (как копинг-механизм), свойственный больным с невротическими расстройствами, особенно с хронической стадией болезни, является дезадаптирующим фактором, поскольку является формой и способом игнорировать имеющиеся трудности. Поэтому преобладание у работающих пациенток продуктивных эмоциональных стратегий не во всех случаях может считаться положительным фактором и требует индивидуального подхода с целью коррекции неадекватного восприятия болезни [121].

Ресурсный подход предполагает, что владение и управление ресурсами и применяемые копинг-стратегии могут оказывать друг на друга взаимное влияние. Поэтому анализ копинг-стратегий в сопоставлении с выявленными ресурсами пациенток, участвующих в нашем исследовании, может явиться основой лечения и последующей профилактики рецидивов невротического расстройства.

Сравнительные исследования копинг-стратегий работающих и неработающих пациентов с НР в доступной нам литературе отсутствуют. Проведенное нами сравнение позволяет сделать вывод, что патогенформирующее влияние структуры личности позднего возраста пациенток, продолжающих трудовую деятельность, по сравнению с пациентками, оставившими работу, характеризуется статистически значимо более высокой стрессоустойчивостью и преобладанием использования продуктивных и относительно продуктивных когнитивных, эмоциональных и поведенческих копинг-стратегий (способов преодоления стресса).

### 3.3. Исследование механизмов психологической защиты

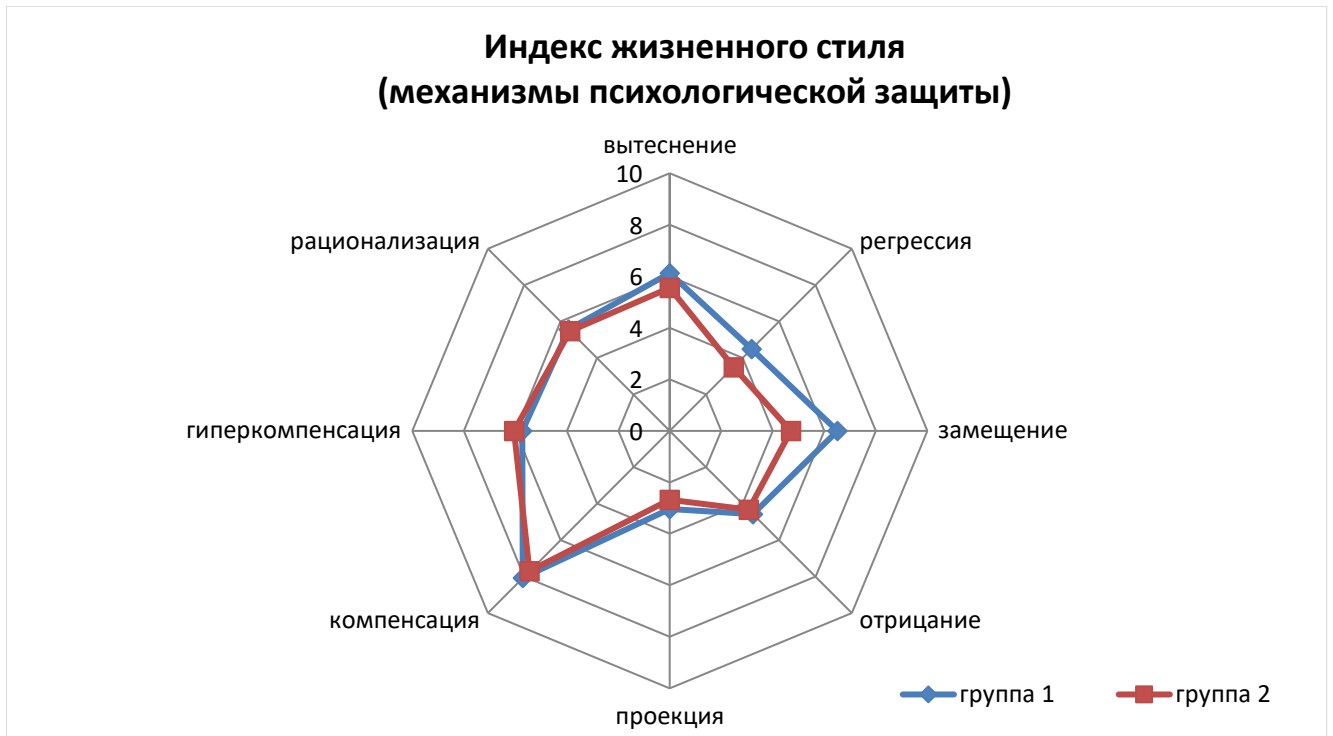
Изучению МПЗ при неврозах позднего возраста посвящено не так много работ. В монографии В. Г. Будзы и Е. Ю. Антохина «Неврозы позднего возраста» (2011) указано, что общим для всех неврозов у пожилых женщин является преобладание психологической защиты «реактивные образования». [41].

В нашем исследовании применялась методика Келлермана-Плутчека – психологическая диагностика индекса жизненного стиля (изучение механизмов психологической защиты – Life style index – LSI)» [49].

В таблице 3.3.1 и на рисунке 3.3.1 приведены индексы психологических защит в сопоставлении показателей первой и второй групп пациентов с подсчетом уровня статистической значимости полученных различий.

**Таблица 3.3.1** – Индекс жизненного стиля (LSI)

Механизмы психологической защиты	Группа М±m		Статистическая значимость
	Первая	Вторая	
Вытеснение	6,12±2,7	5,55±2,0	p>0,05
Регрессия	4,23±2,20	3,58±1,94	<b>p≤0,05</b>
Замещение	6,51±2,92	4,70±2,38	<b>p≤0,05</b>
Отрицание	4,57±2,62	4,33±2,60	p>0,05
Проекция	3,04±2,47	2,68±1,96	p>0,05
Компенсация	8,07±3,04	7,70±3,15	p>0,05
Гиперкомпенсация	5,73±2,65	6,05±2,93	p>0,05
Рационализация	5,56±1,86	5,48±2,45	p>0,05
Напряженность защит	44,12±11,90	40,25±10,44	<b>p≤0,05</b>



**Рисунок 3.3.1** – Показатели выраженности МПЗ

Результаты математической обработки данных программой SPSS по выраженности механизмов психологической защиты представлены в таблицах 3.3.2 и 3.3.3.

**Таблица 3.3.2** – Групповые статистики по шкалам LSI

	Группа	N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего
Вытеснение	1	106	6,1226	2,71750	0,26395
	2	93	5,6559	2,00269	0,20767
Регрессия	1	106	4,2358	2,19763	0,21345
	2	93	3,5806	1,94110	0,20128
Замещение	1	106	6,5094	2,91873	0,28349
	2	93	4,6989	2,37645	0,24643
Отрицание	1	106	4,5755	2,61843	0,25432
	2	93	4,3333	2,59738	0,26934
Проекция	1	106	3,0377	2,47242	0,24014
	2	93	2,6774	1,96248	0,20350
Компенсация	1	106	8,0660	3,04340	0,29560
	2	93	7,6989	3,15465	0,32712
Гиперкомпенсация	1	106	5,7358	2,65582	0,25796
	2	93	6,0538	2,93541	0,30439
Рационализация	1	106	5,5566	1,85719	0,18039
	2	93	5,4839	2,44711	0,25382
Напряженность	1	106	44,1226	11,89934	1,15577
	2	93	40,2473	10,43787	1,08236

**Таблица 3.3.3 – Оценка равенства дисперсий для независимых выборок по шкалам LSI**

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		1-критерии равенства средних						
		F	Знч.	t	Ст.св.	Знч. (2-сторон)	Разность Средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних	
									Нижняя граница	Верхняя граница
Вытеснение	1	12,355	0,001	1,363	197	174	0,46673	0,34244	0,20860	1,14205
	2			1,390	191,486	0,166	0,46673	0,33585	-0,19571	1,12917
Регрессия	1	2,007	0,158	2,215	197	0,028	0,65520	0,29578	0,07191	1,23850
	2			2,233	196,989	0,027	0,65520	0,29339	0,07662	1,23379
Замещение	1	6,328	0,013	4,756	197	0,000	1,81051	0,38066	1,05982	2,56119
	2			4,820	195,945	0,000	1,81051	0,37562	1,06972	2,55129
Отрицание	1	0,007	0,935	0,653	197	0,514	0,24214	0,37063	0,4888	0,97305
	2			0,654	194,038	0,514	0,24214	0,37044	-0,4886	0,97274
Проекция	1	4,789	0,030	1,128	197	0,261	0,36032	0,31950	-0,2698	0,99039
	2			1,145	195,115	0,254	0,36032	0,31477	0,2605	0,98111
Компенсация	1	065	0,799	0,835	197	0,405	0,36711	0,43986	-0,5003	1,23455
	2			0,833	191,634	0,406	0,36711	0,44090	-0,5025	1,23674
Гиперкомпенсация	1	2 398	0,123	-0,802	197	0,423	-0,3179	0,39639	-1,0996	0,46379
	2			-0,797	187,060	0,427	-0,3179	0,39899	-1,1050	0,46918
Рационализация	1	13,475	0,000	0,238	197	0,812	0,07273	0,30593	-0,5306	0,67606
	2			0,234	170,330	0,816	0,07273	0,31139	-0,5419	0,68742
Напряженность	1	1,615	0,205	2,427	197	0,016	3,87533	1,59705	0,72583	7,02483
	2			2,447	197,000	0,015	3,87533	1,58344	0,75266	6,99800

Примечание – 1 – Предполагается равенство дисперсий, 2 – Равенство дисперсий не предполагается.

Математическая обработка данных показала статистическую значимость различий:

– по регрессии между группой 1 (среднее значение 4,23) и группой 2 (среднее значение 3,58), т.к. t-критерий=2,215 (критерий Ливиня 0,158 предполагает равенство дисперсий) при  $p=0,0280 \leq 0,05$ . Это значит, что пациенты 1 группы чаще используют для защиты стиль регрессии, чем пациенты 2 группы.

– по замещению между группой 1 (среднее значение 6,51) и группой 2 (среднее значение 4,70), т. к. t-критерий=4,820 при  $p=0,000 \leq 0,05$ . Это значит, что респонденты 1 группы чаще используют для защиты стиль замещения, чем пациенты 2 группы.

– по напряженности защит между группой 1 (среднее значение 44,12) и группой 2 (среднее значение 40,25), т.к.  $t$ -критерий=2,427 при  $p=0,016 \leq 0,05$ . Это значит, что у респондентов 1 группы напряженность защитных психологических механизмов выражена в большей степени, чем 2 группы.

Напряженность всех защитных механизмов в изученной выборке не превышает 50 стандартных баллов. Основное отличие структуры защитного функционирования выражается в статистически значимо более частом использовании замещения и регрессии не работающими пациентками с НР.

Проведенное исследование показало наличие всего спектра изучаемых защитных механизмов у больных неврозами, что подтверждает мнение, высказанное ранее и другими авторами (Ташлыков В. А., 1997; Будза В. Г., Антохин Е. Ю., 2011; Верхотурцева Е. Е., 2018) о достаточно выраженных адаптивных возможностях у данного контингента больных.

По частоте использования у обеих групп на первом месте стоит компенсация, что говорит о депрессивной симптоматике, присущей невротическим расстройствам. На последнем – проекция. На втором и третьем месте у пациенток, оставивших работу стоит замещение и рационализация, а у работающих женщин – гиперкомпенсация (реактивные образования) и вытеснение.

Традиционное определение МПЗ «реактивные образования» подразумевает преобразование негативного аффекта в позитивный и наоборот. Формирует реактивное образование чаще всего чувство вины, которое окружающие могут создавать искусственно с целью манипуляций человеком [49, 50]. По психодиагностической системе Келлермана-Плутчика реактивные образования соответствуют диспозиции мании (гиперкомпенсация).

Преобладание психологической защиты «реактивные образования», установленное в работе В. Г. Будзы и Е. Ю. Антохина [41], в нашем исследовании подтверждено только у работающих женщин и только после МПЗ «компенсация», которая преобладает у пациенток всей выборки.

Однако следует отметить противоречивый подход к работе с защитными механизмами в терапевтических целях. С одной стороны, все исследователи



согласны с адаптационной функцией, стабилизирующей психическое состояние. С этих позиций защиты должны быть сохранены, чтобы не разрушить восприятия человеком окружающего мира и самого себя. Защита ограждает сознание от информации, которая может разрушить целенаправленное мышление, направленное на решение проблемы пациента в соответствии с отображаемой им картиной ситуации. В этом смысле защитные техники стабилизируют личность, устраняют или минимизируют отрицательные эмоции.

С другой стороны, влияние психологической защиты на личность может быть патологическим, так как некоторые защиты могут быть неадекватными по отношению к защищаемой структуре, а некоторые стоят такой стеной, что даже значимая для личностного развития информация не пробьется. Психологи отмечают, что психологическая защита тормозит полет творческой фантазии, работу интуиции, она выступает в качестве барьера, который сужает, заслоняет и (или) искажает полноценное восприятие и переживание мира [69].

Мы согласны с В. К. Мягер, которая еще в 1978 г. предложила делать различие между патологической защитой (или неадекватными формами адаптации) и нормальной защитой, профилактической, постоянно присутствующей в нашей повседневной жизни (цит. по 178, с. 23-29).

В целом же надо признать, что применение психотерапии ставит перед психиатром сложную задачу – если работать с проблемой пациента – нужно снять психологическую защиту, что чревато обострением нервно-психического состояния, если не работать с проблемой – тогда нужно купировать остроту болезненных переживаний и только ослабить психологическую защиту. Большинство исследователей согласны с тем, что необходимо заменить неадекватные защиты на более адекватные.

Если учесть, что МПЗ формируются на неосознаваемом уровне и, значит, трудно поддаются изменениям, вполне логично акцентировать внимание на продуктивных копинг-стратегиях, формирование которых происходит на осознаваемом уровне и неизбежно затронет и психологические защиты.

Таким образом, в нашем исследовании установлено преобладание защиты «компенсация» у пациенток всей выборки, статистически значимо меньшим использованием механизмов психологической защиты в виде регрессии (диспозиция истерии) и замещения (агрессивная диспозиция) у работающей группы, а также меньшей степенью напряженности защит.

### 3.4. Исследование алекситимии и психогеометрических показателей

В настоящей работе уровень АТ испытуемых определялся с помощью Торонтской Алекситимической шкалы (ТАS), активно применяемой в психиатрии. Результаты исследования уровня алекситимичности представлены в таблице 3.4.1.

**Таблица 3.4.1** – Показатели алекситимии пациентов

Группа	Личность		
	Не алекситимичная	В зоне риска	Алекситимичная
	Менее 62 баллов	63-73 балла	74 балла и более
Первая Не работающие	17,8%	38%	44,2%
Вторая Работающие	23,5 %	41%	35,5%
Статистическая значимость	p>0,05		

Результаты математической обработки данных программой SPSS по показателям алекситимии и теста Деллингер представлены в таблицах 3.4.2. и 3.4.3.

**Таблица 3.4.2** – Групповые статистики по опросникам ТАS и Деллингер

	Группа	N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего
Алекситимия	1	106	73,2358	16,91522	1,64295
	2	93	74,7312	13,43352	1,39299
Прямоугольник	1	106	3,3113	0,96967	0,09418
	2	93	3,4086	1,22684	0,12722
Треугольник	1	106	2,6509	1,29499	0,12578
	2	93	3,1720	1,12891	0,11706
Квадрат	1	106	2,7358	1,28953	0,12525
	2	93	2,6452	1,24800	0,12941
Круг	1	106	2,3962	1,27001	0,12335
	2	93	2,1613	1,30459	0,13528
Зигзаг	1	106	3,9057	1,64767	0,16004
	2	93	3,5484	1,61189	0,16714

**Таблица 3.4.3** – Оценка равенства дисперсий для независимых выборок по TAS и тесту Деллингера

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		1-критерии равенства средних						
		F	Знч.	t	Ст.св.	Знч. (2-сторон)	Разность Средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних	
									Нижняя граница	Верхняя граница
Алекситимия	1	5,672	0,018	-0,684	197	0,495	-1,4953	2,18627	-5,80683	2,81616
	2			-0,694	195,134	0,488	-1,4953	2,15400	-5,74344	2,75278
Прямоугольник	1	8,833	0,003	-0,624	197	0,533	-0,0973	0,15590	-0,40474	0,21017
	2			-0,615	174,543	0,540	0,0973	0,15829	0,40968	0,21512
Треугольник	1	4,967	0,027	-3,006	197	0,003	-0,5211	0,17337	-0,86300	-0,17920
	2			-3,033	196,994	0,003	-0,5211	0,17183	-0,85995	-0,18224
Квадрат	1	0,257	0,613	0,502	197	0,616	0,09069	0,18048	-0,26524	0,44662
	2			0,504	195,093	0,615	0,09069	0,18010	-0,26450	0,44588
Круг	1	0,947	0,332	1,286	197	0,200	0,23494	0,18275	-0,12547	0,59534
	2			1,283	192,181	0,201	0,23494	0,18308	-0,12616	0,59603
Зигзаг	1	0,060	0,807	1,542	197	0,125	0,35727	0,23174	-0,09974	0,81428
	2			1,544	194,659	0,124	0,35727	0,23141	-0,09911	0,81366

Примечание – 1 – Предполагается равенство дисперсий, 2 – Равенство дисперсий не предполагается.

Как видно из полученных результатов, алекситимичность присуща более трети наших пациентов, а если учесть попавших в зону риска, результат удваивается. Алекситимический радикал несколько больше выражен у пациенток, оставивших трудовую деятельность. Однако математическая обработка данных не выявила статистической значимости в различиях показателей при сравнении первой и второй группы, что не исключает учета алекситимичности при планировании лечения.

При адаптации Торонтской Алекситимической шкалы в НИИ им. Бехтерева были получены следующие значения алекситимии: больные неврозами - 70 баллов, больные психосоматическими заболеваниями - 72 балла. То есть, больные неврозами находятся в зоне риска по выраженности алекситимии.

Н.А. Сирота с соавт. (2013) провели сравнение способности к пониманию и дифференцированию своего телесного опыта на выборке из 30 женщин, страдающих депрессивными расстройствами (возраст от 34 до 55 лет), и выявили, что низкая способность является наиболее показательным критерием

депрессивных расстройств и одним из характерных проявлений алекситимии. Кроме того, авторы установили, что больные, «смешанной тревожной и депрессивной реакцией, обусловленной расстройством адаптации» обладают достоверно большей способностью к дифференциации своих телесных переживаний в сравнении с пациентами, страдающими «смешанным тревожным и депрессивным расстройством» [216].

Женщины в исследовании Н.А. Сироты нельзя отнести к пожилому возрасту, вместе с тем, уровень алекситимии может быть использован как один из критериев дифференциальной диагностически типа НР по МКБ-10.

В целом результаты проведенных нами исследований АТ пациенток всей выборки свидетельствуют о нахождении в зоне риска и с признаками выраженной алекситимии почти 80% испытуемых, что подтверждает необходимость персонифицированного подхода к выбору психотерапевтических методик лечения.

По психогеометрическому тесту группы различаются только по фигуре «треугольник» - у группы 1 среднее значение 2,65, у группы 2 среднее значение 3,17, t-критерий=-3,033 (Таблицы 3.4.2 и 3.4.3).

Это могло означать, что в группе работающих пациенток больше типов личности, стремящихся к лидерству, умеющих сосредоточиться на главном, способных глубоко и быстро анализировать ситуацию. Однако, учитывая, что данный тест не валидизирован, в нашем исследовании тест был использован преимущественно для снятия напряжения при первом общении с пациентками и формирования доверия к проводимым исследованиям. Поэтому результаты теста не принимались во внимание при формировании подгрупп для психотерапии.

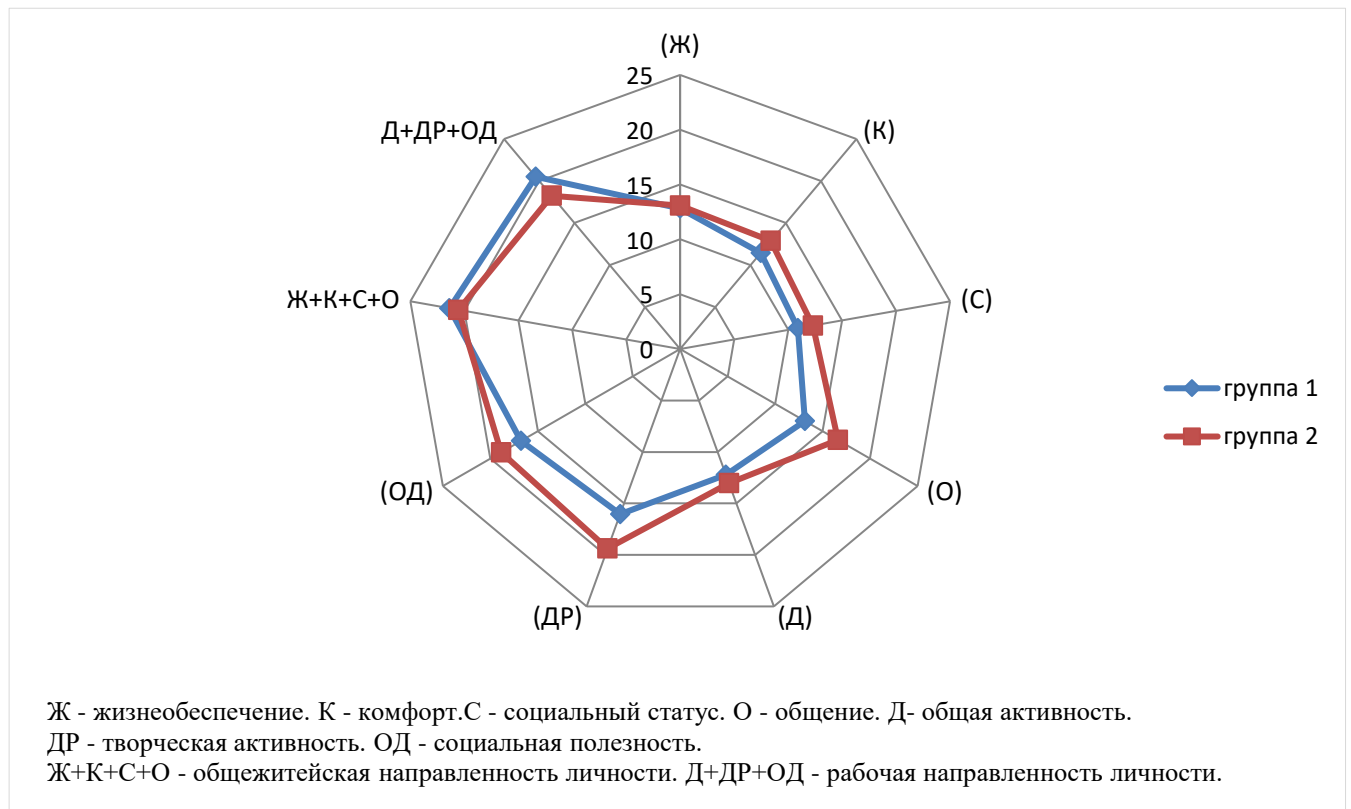
### **3.5. Диагностика мотивационной структуры личности**

В настоящей работе проведена диагностика мотивационной структуры личности по методике В. Э. Мильмана [164], которая позволяет выявлять некоторые устойчивые тенденции личности и, в частности, рабочую (деловую) и общежитейскую направленность наших пациенток, что соответствует целям нашего исследования.

В таблице 3.5.1 и на рисунке 3.5.1. представлены результаты диагностики мотивационной структуры личности пациенток двух групп.

**Таблица 3.5.1** – Диагностика мотивационной структуры личности

Шкалы	Группа М±m		Статистическая значимость
	Первая не работающие	Вторая работающие	
Жизнеобеспечение	12,81±5,06	13,08±4,53	p>0,05
Комфорт	11,42±5,14	12,86±5,48	p>0,05
Социальный статус	10,91±6,31	12,30±8,34	p>0,05
Общение	13,14±6,66	16,62±5,81	<b>p≤0,05</b>
Общая активность	12,21±6,14	13,02±5,53	p>0,05
Творческая активность	16,04±7,41	19,38±5,55	<b>p≤0,05</b>
Социальная полезность	16,79±8,35	18,87±6,87	p>0,05
Общежитейская направленность личности	21,38±2,08	20,55±2,13	p>0,05
Рабочая направленность личности	20,51±1,99	18,24±1,89	<b>p≤0,05</b>



**Рисунок 3.5.1** – Показатели мотивационной структуры

Результаты математической обработки данных программой SPSS мотивационной структуры личности представлены в таблицах 3.5.2 и 3.5.3.

**Таблица 3.5.2 – Групповые статистики по опроснику диагностики мотивационной структуры личности**

	Группа	N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего
Возраст	1	106	61,9811	4,69646	0,45616
	2	93	57,8387	2,82570	0,29301
Ж	1	106	12,8113	5,06550	0,49200
	2	93	13,0860	4,52927	0,46966
К	1	106	11,4245	5,14355	0,49959
	2	93	12,8602	5,47641	0,56788
С	1	106	10,9151	6,31871	0,61373
	2	93	12,3011	8,33899	0,86471
О	1	106	13,1415	6,66396	0,64726
	2	93	16,6237	5,80838	0,60230
Д	1	106	12,2075	6,14231	0,59659
	2	93	13,0215	5,63564	0,58439
ДР	1	106	16,0377	7,41546	0,72025
	2	93	19,3763	7,54971	0,78287
ОД	1	106	16,7925	8,34919	0,81094
	2	93	18,8710	6,86710	0,71209
ЖКСО	1	106	49,1981	21,38554	2,07715
	2	93	54,8710	20,54911	2,13084
ДДРОД	1	106	45,0000	20,51248	1,99235
	2	93	51,2688	18,23884	1,89128

Примечание – Ж – жизнеобеспечение; К – комфорт; С - социальный статус; О – общение; Д - общая активность; ДР - творческая активность; ОД - социальная полезность; Ж+К+С+О - общежитийская направленность личности; Д+ДР+ОД – рабочая направленность личности.

Математическая обработка данных показала статистическую значимость различий:

- по общению (О) между группой 1 (среднее значение 13,14) и группой 2 (среднее значение 16,62), т.к. t-критерий= $(-)$ 3,938 при  $p=0,000 \leq 0,05$ . Это значит, что доказана большая общительность пациенток работающей группы, по сравнению с группой пациенток, оставивших работу.

- по творческой активности (ДР) между группой 1 (среднее значение 16,03) и группой 2 (среднее значение 19,37), т.к. t-критерий= $(-)$ 3,138 при  $p=0,002 \leq 0,05$ .

Это показывает, что респонденты 2 группы обладают большей творческой активностью.

- по рабочей направленности (Д+ДР+ОД) между группой 1 (среднее значение 45,00) и группой 2 (среднее значение 51,27), т.к. t-критерий= $(-)$ 2,265 при

$p=0,025 \leq 0,05$ . Это означает, что у пациенток работающей группы сильнее выражена рабочая направленность.

**Таблица 3.5.3** – Оценка равенства дисперсий для независимых выборок по опроснику диагностики мотивационной структуры личности

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		1-критерии равенства средних						
		F	Знч.	t	Ст.св.	Знч. (2-сторон)	Разность Средних	Стд. ошибка разности и	95% доверительный интервал разности средних	
									Нижняя граница	Верхняя граница
Возраст	1	55,166	0,000	7,409	197	0,000	4,14242	0,55910	3,03984	5,24501
	2			7,641	175,435	0,000	4,14242	0,54216	3,07243	5,21242
Ж	1	5,023	0,026	-0,401	197	0,689	-0,2747	0,68518	-1,62593	1,07653
	2			-0,404	196,924	0,687	-0,2747	0,68019	-1,61608	1,06668
К	1	0,422	0,517	-1,906	197	0,058	-1,4357	0,75325	-2,92116	0,04978
	2			-1,898	189,866	0,059	1,4357	0,75635	-2,92762	0,05625
С	1	0,172	0,679	-1,330	197	0,185	-1,3859	1,04170	-3,44030	0,66834
	2			-1,307	170,193	0,193	-1,3859	1,06037	-3,47916	0,70720
О	1	6,487	0,012	-3,903	197	0,000	-3,4822	0,89211	-5,24145	-1,72284
	2			-3,938	196,993	0,000	-3,4822	0,88415	-5,22575	-1,73854
Д	1	3,432	0,065	-0,969	197	0,334	-0,8139	0,83985	-2,47020	0,84229
	2			0,975	196,594	0,331	-0,8139	0,83512	-2,46091	0,83300
ДР	1	1,720	0,191	-3,142	197	0,002	-3,3386	1,06254	-5,43402	-1,24320
	2			-3,138	192,694	0,002	-3,3386	1,06379	-5,43677	-1,24044
ОД	1	5,149	0,024	-1,902	197	0,059	-2,0785	1,09297	4,23394	0,07691
	2			-1,926	196,211	0,056	-2,0785	1,07921	4,20686	0,04983
ЖКСО	1	4,203	0,042	-1,901	197	0,059	-5,6729	2,98354	-11,5572	0,21093
	2			-1,906	195,357	0,058	-5,6729	2,97574	-11,5416	0,19585
ДДРОД	1	3,024	0,084	-2,265	197	0,025	-6,26882	2,76824	-11,72801	-0,80962
	2			-2,282	196,961	0,024	-6,26882	2,74707	-11,68626	-0,85137

Примечание – 1 – Предполагается равенство дисперсий, 2 – Равенство дисперсий не предполагается; Ж – жизнеобеспечение; К – комфорт; С - социальный статус; О – общение; Д - общая активность; ДР - творческая активность; ОД - социальная полезность; Ж+К+С+О - общежитийская направленность личности; Д+ДР+ОД – рабочая направленность личности.

Тенденция к достоверности отслеживается:

- по комфорту (К) между группой 1 (среднее значение 11,42) и группой 2 (среднее значение 12,86), т.к. t-критерий=(-)1,906 при  $p=0,058 \geq 0,05$ , то есть, у респондентов 2 группы сильнее выражена мотивация к комфорту;

- по социальной полезности (ОД) между группой 1 (среднее значение 16,79) и группой 2 (среднее значение 12,86), т.к. t-критерий= $(-)$ 1,926 при  $p=0,056 \geq 0,05$ , то есть, у респондентов 1 группы сильнее выражена мотивация к социальной полезности;

- по общежитической направленности (ЖК+СО) между группой 1 (среднее значение 49,20) и группой 2 (среднее значение 54,87), т.к. t-критерий= $(-)$ 11,906 при  $p=0,058 \geq 0,05$ , то есть, у пациенток 2 группы сильнее выражена общежитическая направленность.

Корреляционный и факторный анализ полученных показателей мотивационной структуры личности представлен в таблицах 3.5.4-3.5.5.

Расчет коэффициентов корреляции Пирсона показал наличие обратно пропорциональной связи между группами испытуемых по параметру «возраст» ( $-0,370^{**}$ ), то есть в группе работающих пациенток возраст моложе ( $57,9 \pm 2,89$ ), чем в группе 1 у неработающих ( $62,0 \pm 4,69$ ).

По типу прямой пропорциональности установлены связи по мотивам «общение» ( $+0,212^*$ ) и «творческая активность» ( $+0,180^*$ ), это свидетельствует о статистически значимо большей мотивации на общение и творческую активность работающих пациенток.

Кроме того, прослеживаются тенденции к прямо пропорциональным связям по мотивам «комфорт» ( $+0,102$ ), «социальная полезность» ( $+0,101$ ), «общежитическая направленность» ( $+0,101$ ), «рабочая направленность» ( $+0,122$ ). То есть, работающие пациентки несколько больше мотивированы на комфорт, на свою социальную полезность, имеют большую общежитическую и рабочую направленность, чем неработающие пациентки.



Таблица 3.5.4 – Показатели коэффициента корреляции Пирсона

		Возраст	Ж	К	С	О	Д	ДР	ОД	ЖКСО	ДДРОД	Возраст
Возраст	Корреляция Пирсона											
	Знч.(2-сторон)											
	N											
Ж	Корреляция Пирсона	0,064										
	Знч.(2-сторон)	0,464										
	N	134										
К	Корреляция Пирсона	-0,022	0,700**									
	Знч.(2-сторон)	0,801	0									
	N	134	134									
С	Корреляция Пирсона	0,005	0,651*	0,770*								
	Знч.(2-сторон)	0,956	0	0								
	N	134	134	134								
О	Корреляция Пирсона	-0,034	0,473**	0,674**	0,727**							
	Знч.(2-сторон)	0,697	0	0	0							
	N	134	134	134	134							
Д	Корреляция Пирсона	-0,121	0,700**	0,656**	0,774**	0,618**						
	Знч.(2-сторон)	0,164	0	0	0	0						
	N	134	134	134	134	134						
ДР	Корреляция Пирсона	-0,195*	0,308**	0,663**	0,649**	0,704**	0,666**					
	Знч.(2-сторон)	0,024	0	0	0	0	0					
	N	134	134	134	134	134	134					
ОД	Корреляция Пирсона	-0,156	0,503**	0,750**	0,760**	0,733**	0,787**	0,893**				
	Знч.(2-сторон)	0,073	0	0	0	0	0	0				
	N	134	134	134	134	134	134	134				
ЖКСО	Корреляция Пирсона	-0,007	0,807**	0,924**	0,916**	0,761**	0,795**	0,689**	0,823**			
	Знч.(2-сторон)	0,932	0	0	0	0	0	0	0			
	N	134	134	134	134	134	134	134	134			
ДДРОД	Корреляция Пирсона	-0,172*	0,528**	0,747**	0,780**	0,744**	0,865**	0,934**	0,972**	0,827**		
	Знч.(2-сторон)	0,047	0	0	0	0	0	0	0	0		
	N	134	134	134	134	134	134	134	134	134		
группа	Корреляция Пирсона	-0,370**	0,015	0,102	0,077	0,212*	0,046	0,180*	0,101	0,101	0,122	
	Знч.(2-сторон)	0	0,863	0,243	0,374	0,014	0,599	0,038	0,246	0,244	0,159	
	N	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	

Примечание – \* Корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторон.), \*\* Корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторон.).

Анализ корреляционных матриц показал, что критерий Кайзера-Мейера-Олкина равный 0,658 говорит о возможности применения факторного анализа. Критерий Барлетта также свидетельствует в пользу проведения факторного анализа (Таблица 3.5.5).

**Таблица 3.5.5** – Показатели Кайзера-Мейера-Олкина и Барлетта

Мера выборочной адекватности Кайзера-Мейера-Олкина		0,658
Критерий сферичности Бартлетта	Приблиз. Хи-квадрат	2791,978
	ст.св.	55
	Знч.	0,000

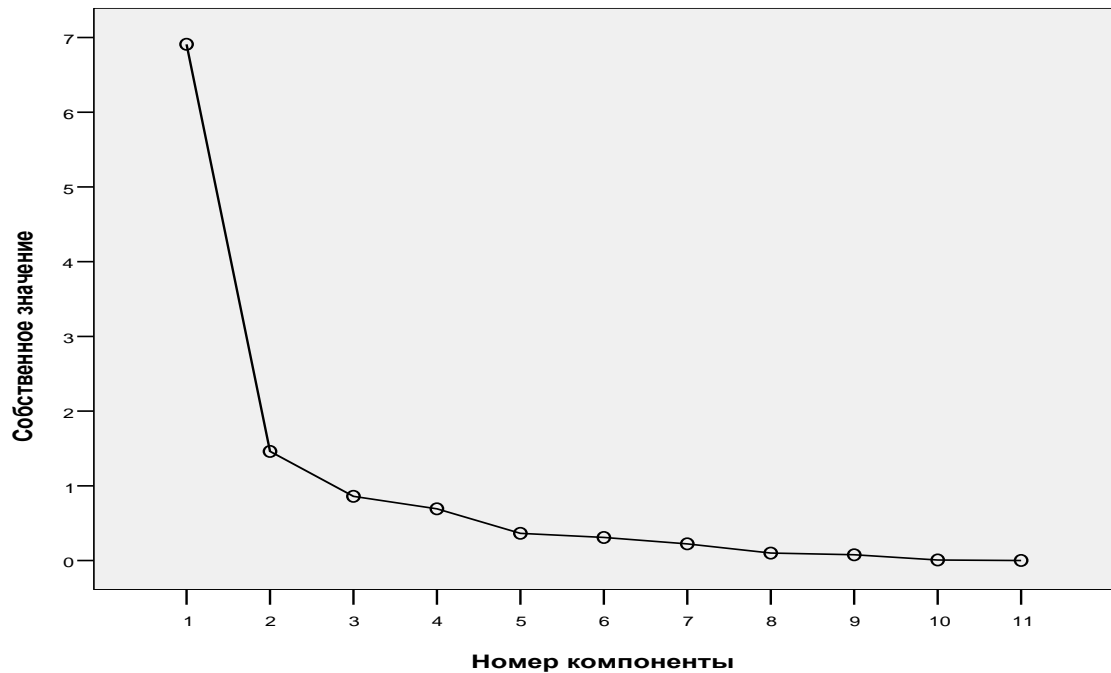
**Рисунок 3.5.2** – График значений

График собственных значений (Рисунок 3.5.2) определил достаточное число факторов, которые можно анализировать и первые два фактора до пологого снижения кривой.

Метод вращения Варимакс (Таблица 3.5.6) показал, что первый фактор – направленность, определяется максимальными значениями:

- общежитейской направленности ЖКСО (0,969);
- рабочей направленности ДДРОД (0,928).

Второй фактор определяется максимальными значениями:

- возраста (0,814);
- группы респондентов (0,743).

**Таблица 3.5.6** – Анализ методом главных компонент

Переменные	Компонента	
	1	2
ЖКСО	0,969	-0,47
ДДРОД	0,928	0,228
ОД	0,908	0,209
С	0,904	0,039
К	0,883	0,022
Д	0,873	0,044
О	0,809	0,156
ДР	0,804	0,348
Ж	0,743	0,260
Возраст	-0,015	0,814
Группа	0,65	0,743

Примечание – метод выделения: анализ методом главных компонент. Метод вращения: Варимакс с нормализацией Кайзера (вращение сошлось за 3 итерации).

Для работающих респондентов характерна более высокая общежитейская и рабочая мотивационная направленность, чем у неработающих испытуемых.

Таким образом, результаты изучения мотивационной сферы личности позднеговозрастных пациенток, страдающих НР, свидетельствуют, что продолжающие трудовую деятельность пациентки, по сравнению с пациентками, оставившими работу, характеризуются статистически значимо большей направленностью на общение, творческую активность и рабочую мотивацию.

Результаты психопатодиагностического исследования легли в основу разработки комплексной фармако-психокоррекционной программы, включающей лекарственную терапию, методы психокоррекции в группе и в порядке персонального воздействия.

### **3.6. Исследование по методу «Незаконченные предложения» (тест Сакса-Леви)**

В данной работе нами использована проективная методика – «Незаконченные предложения» (тест Сакса-Леви). Как указывает Б. Д. Карвасарский (1990), с помощью метода незаконченных предложений в относительно короткие сроки могут быть получены достаточно убедительные представления о системе отношений личности [108].

Анализ изученной литературы выявил отсутствие работ по применению теста Сакса-Леви у пожилых пациенток с НР. В то же время постоянно

подчеркивается исключительное значение выявления системы отношений личности для выбора метода психотерапевтического воздействия.

В настоящей работе тест Сакса-Леви предлагался пациенткам в зависимости от состояния и готовности к сотрудничеству после установления контакта в комплексе тестов, которые могли выполняться самостоятельно в удобное время. Полученные показатели иллюстрирует диаграмма на рисунке 3.6.1. и таблица 3.6.1.



**Рисунок 3.6.1** – Результаты исследования системы отношений

**Таблица 3.6.1** – Диагностика системы отношений личности (тест Сакса-Леви)

Шкалы	Группа M±m в баллах		Статистическая значимость
	Первая	Вторая	
К отцу	1,36±0,55	1,32±0,71	p>0,05
К себе	1,27±0,54	1,29±0,46	p>0,05
Нереализованные возможности	1,23±0,59	0,68±0,63	<b>p≤0,05</b>
К подчиненным	0,90±0,29	0,84±0,47	p>0,05
К будущему	0,90±0,40	0,57±0,58	<b>p≤0,05</b>
К вышестоящим лицам	0,86±0,74	0,93±0,55	p>0,05
Страхи и опасения	1,63±0,48	1,68±0,47	p>0,05
К друзьям	0,95±0,21	0,81±0,47	<b>p≤0,05</b>
К прошлому	0,95±0,21	0,58±0,50	<b>p≤0,05</b>
К противоположному полу	1,13±0,34	0,95±0,34	<b>p≤0,05</b>
К сексу	1,05±0,21	0,73±0,57	<b>p≤0,05</b>
К семье	0,87±0,46	0,69±0,61	<b>p≤0,05</b>
К сотрудникам	0,59±0,49	0,38±0,49	<b>p≤0,05</b>
К матери	0,91±0,52	0,69±0,53	<b>p≤0,05</b>
Чувство вины	1,54±0,50	1,61±0,57	p>0,05
Общая оценка степени расстройств	1,66±0,16	1,48±0,15	p>0,05

Результаты математической обработки данных программой SPSS по тесту «Незаконченные предложения» представлены в таблицах 3.6.2 и 3.6.3.

Математическая обработка данных показала статистическую значимость различий:

- по нереализованным возможностям между группой 1 (среднее значение 1,24) и группой 2 (среднее значение 0,68), т.к.  $t$ -критерий=6,438;

- по отношению к будущему между группой 1 (среднее значение 0,91) и группой 2 (среднее значение 0,57), т.к.  $t$ -критерий=4,686;

- по отношению к друзьям между группой 1 (среднее значение 0,95) и группой 2 (среднее значение 0,81), т.к.  $t$ -критерий=2,754;

**Таблица 3.6.2 – Групповые статистики по тесту «Незаконченные предложения»**

	Группа	N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего
Отец	1	106	1,3585	0,55530	0,05394
	2	93	1,3226	0,70958	0,07358
Я	1	106	1,2736	0,54394	0,05283
	2	93	1,2903	0,45637	0,04732
Возможности	1	106	1,2358	0,59445	0,05774
	2	93	0,6774	0,62834	0,06516
Подчиненные	1	106	0,9057	0,29369	0,02853
	2	93	0,8387	0,47297	0,04904
Будущее	1	106	0,9057	0,40304	0,03915
	2	93	0,5699	0,57856	0,05999
Вышестоящие	1	106	0,8585	0,46678	0,04534
	2	93	0,9355	0,38466	0,03989
Опасения	1	106	1,6321	0,48453	0,04706
	2	93	1,6774	0,47000	0,04874
Друзья	1	106	0,9528	0,21301	0,02069
	2	93	0,8065	0,47223	0,04897
Прошло	1	106	0,9528	0,21301	0,02069
	2	93	0,5806	0,49613	0,05145
Пол	1	106	1,1321	0,34018	0,03304
	2	93	0,9462	0,34153	0,03542
Секс	1	106	1,0472	0,21301	0,02069
	2	93	0,7312	0,57369	0,05949
Семья	1	106	0,8679	0,45931	0,04461
	2	93	0,6882	0,60753	0,06300
Сотрудники	1	106	0,5943	0,49335	0,04792
	2	93	0,3763	0,48709	0,05051
Мать	1	106	0,9151	0,51857	0,05037
	2	93	0,6882	0,53117	0,05508
Вина	1	106	1,5377	0,50094	0,04866
	2	93	1,6129	0,57165	0,05928
Проблемы	1	106	2,6132	1,65944	0,16118
	2	93	2,5376	1,47854	0,15332

**Таблица 3.6.3** – Оценка равенства дисперсий для независимых выборок по тесту «Незаконченные предложения»

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		1-критерии равенства средних						
		F	Знч.	t	Ст.св.	Знч. (2-сторон)	Разность Средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних	
									Нижняя граница	Верхняя граница
Отец	1	9,185	0,003	0,400	197	0,690	0,03591	0,08980	0,14119	0,21301
	2			0,394	173,530	0,694	0,03591	0,09123	-0,14415	0,21597
Я	1	2,486	0,116	-0,233	197	0,816	-0,01674	0,07174	-0,15822	0,12474
	2			-0,236	196,623	0,814	-0,01674	0,07093	-0,15661	0,12314
Возможности	1	2,015	0,157	6,438	197	0,000	0,55843	0,08674	0,38737	0,72949
	2			6,415	190,366	0,000	0,55843	0,08706	0,38671	0,73015
Подчиненные	1	18,444	0,000	1,215	197	0,226	0,06695	0,05511	-0,04173	0,17563
	2			1,180	149,757	0,240	0,06695	0,05674	-0,04516	0,17906
Будущее	1	59,587	0,000	4,795	197	0,000	0,33577	0,07002	0,19767	0,47386
	2			4,687	161,386	0,000	0,33577	0,07164	0,19430	0,47723
Вышестоящие	1	6,510	0,010	-1,259	197	0,209	-0,07699	0,06115	-0,19758	0,04360
	2			-1,275	196,258	0,204	-0,07699	0,06039	-0,19608	0,04210
Опасения	1	1,797	0,182	-0,668	197	0,505	-0,04534	0,06789	-0,17922	0,08853
	2			-0,669	195,004	0,504	-0,04534	0,06775	-0,17896	0,08827
Друзья	1	60,751	0,000	2,876	197	0,004	0,14638	0,05090	0,04601	0,24675
	2			2,754	124,307	0,007	0,14638	0,05316	0,04116	0,25159
Прошлое	1	342,223	0,000	7,023	197	0,000	0,37219	0,05300	0,26767	0,47670
	2			6,712	121,383	0,000	0,37219	0,05545	0,26241	0,48196
Пол	1	2,904	0,090	3,838	197	0,000	0,18584	0,04842	0,09035	0,28133
	2			3,837	193,445	0,000	0,18584	0,04844	0,09031	0,28137
Секс	1	127,591	0,000	5,273	197	0,000	0,31599	0,05992	0,19781	0,43416
	2			5,017	114,138	0,000	0,31599	0,06298	0,19122	0,44076
Семья	1	24,650	0,000	2,371	197	0,019	0,17975	0,07582	0,03022	0,32928
	2			2,329	169,957	0,021	0,17975	0,07719	0,02737	0,33214
Сотрудники	1	710	0,400	3,128	197	0,002	0,21800	0,06968	0,08058	0,35541
	2			3,131	194,256	0,002	0,21800	0,06962	0,08068	0,35531
Мать	1	9,426	0,002	3,045	197	0,003	0,22692	0,07452	0,07996	0,37388
	2			3,040	192,348	0,003	0,22692	0,07464	0,07971	0,37413
Вина	1	178	0,674	-0,989	197	0,324	-0,07517	0,07603	0,22511	0,07477
	2			0,980	184,391	0,328	-0,07517	0,07669	0,22647	0,07613
Проблемы	1	1,812	0,180	0,337	197	0,736	0,07557	0,22414	-0,36644	0,51759
	2			0,340	196,949	0,734	0,07557	0,22245	-0,36312	0,51427

Примечание – 1 – Предполагается равенство дисперсий, 2 – Равенство дисперсий не предполагается

- по отношению к своему прошлому между группой 1 (среднее значение 0,95) и группой 2 (среднее значение 0,58), т.к. t-критерий=6,712;

- по отношению к лицам противоположного пола между группой 1 (среднее значение 1,13) и группой 2 (среднее значение 0,95), т.к. t-критерий=3,838;

- по сексуальным отношениям между группой 1 (среднее значение 1,04) и группой 2 (среднее значение 0,73), т.к.  $t$ -критерий=5,017;
- по отношению к семье между группой 1 (среднее значение 0,87) и группой 2 (среднее значение 0,69), т.к.  $t$ -критерий=2,329
- по отношению к сотрудникам между группой 1 (среднее значение 0,59) и группой 2 (среднее значение 0,38), т.к.  $t$ -критерий=3,128;
- по отношению к матери между группой 1 (среднее значение 0,92) и группой 2 (среднее значение 0,69), т.к.  $t$ -критерий=3,040.

Таким образом, патогформирующее влияние структуры личности позднеговозрастных пациенток, продолжающих трудовую деятельность, по сравнению с пациентками, оставившими работу, характеризуется статистически значимо менее оптимистичным отношением к будущему, к прошлому, к семье, к матери, к друзьям и сотрудникам, противоположному полу и большими сожалениями о нереализованных возможностях.

## ГЛАВА 4. ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ПОЗДНЕВОЗРАСТНЫХ ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Данная глава посвящена решению поставленной задачи 4 по разработке основных лечебно-психотерапевтических мер. В главе описаны результаты исследования стрессоустойчивости по методике Холмса и Раге. На основании результатов социально-анамнестических и психопатологических исследований при учете факторов риска и уровня сопротивляемости стрессам для целей психотерапевтического лечения выделены основные психотерапевтические мишени. Разработан адаптационный тренинг «7 ступеней адаптации». Произведено распределение пациенток выборки на основе ресурсных возможностей по схожести основных показателей на три подгруппы. Для каждой подгруппы разработан алгоритм фармакотерапии. Проанализированы результаты лечения в целом.

### 4.1. Исследование стрессоустойчивости как ресурса адаптации

Для определения стрессоустойчивости и социальной адаптации использовалась шкала Holmes-Rahe (Холмса и Раге). На основании подсчета суммы баллов оценивается возможность развития невротического расстройства.

Результаты математической обработки данных программой SPSS по стрессоустойчивости представлены в таблицах 4.1.1 и 4.1.2.

**Таблица 4.1.1** – Групповые статистики по показателю Стрессоустойчивость

Группа	N	Среднее	Стд. откл.	Стд.ошибка среднего
1	106	2,1132	0,89784	0,08721
2	93	2,5269	0,73116	0,07582

Примечание – 1 - первая группа, 2 - вторая группа.



**Таблица 4.1.2** – Оценка равенства дисперсий для независимых выборок по показателю Стрессоустойчивость

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий равенства средних (для независимых выборок)					
		F	Знч.	t	Степ. своб.	Знч. (2-сторон.)	Разность средних	95% ДИ разности средних	
								Верхняя граница	Нижняя граница
Стрессоустойчивость	1	13,642	0,000	-3,533	197	0,001	-0,414	-0,645	-0,183
	2			-3,580	195,950	0,000	-0,414	-0,642	-0,186

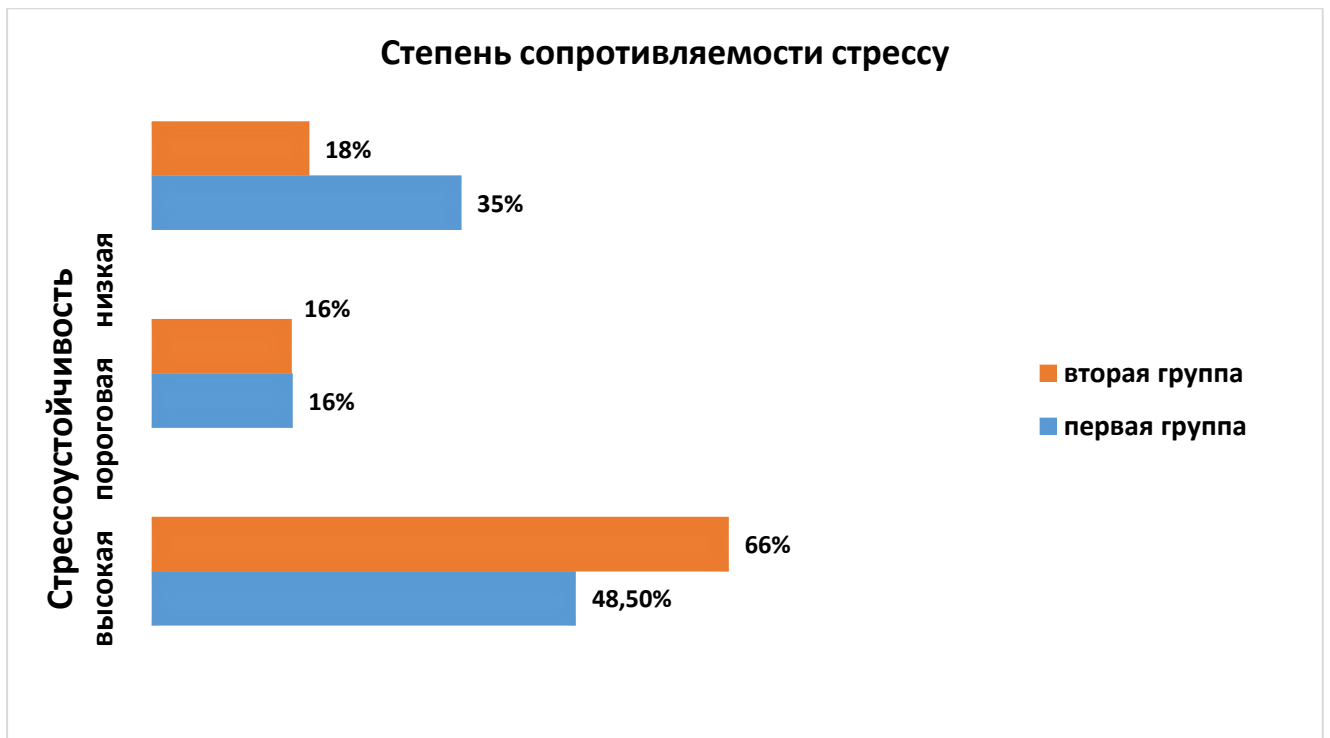
Примечание – 1 - предполагается равенство дисперсий, 2 – равенство дисперсий не предполагается.

Математическая обработка данных показала статистическую значимость различий по стрессоустойчивости между группой 1 (среднее значение 2,11) и группой 2 (среднее значение 2,52), т. к. t-критерий=-3,580 при  $p=0,000 \leq 0,05$ . Это значит, что стрессоустойчивость работающих респондентов выше, чем неработающих.

В таблице 4.1.3 и на рисунке 4.1.1 представлены результаты сравнения первой и второй групп испытуемых по уровню стрессоустойчивости.

**Таблица 4.1.3** – Сравнительная характеристика респондентов первой и второй группы по уровням стрессоустойчивости

Группа	Стрессоустойчивость (баллы)			Статистическая значимость
	Высокая 150-199	Пороговая 200-299	Низкая 300 и более	
Первая (к-во чел/%)	51/48,5%	17/16,1%	38/35,4%	<b><math>p \leq 0,05</math></b>
Вторая (к-во чел/%)	61/66%	15/16%	17/18%	



**Рисунок 4.1.1** – Сравнительная характеристика респондентов первой и второй группы по степени сопротивляемости стрессу

Выявленные в нашем исследовании 10 основных факторов риска развития стрессовых расстройств, оказались одинаково значимыми для обеих групп испытуемых (см. Таблицу 2.2.1.3). Среди этих факторов «неуверенность в завтрашнем дне, страх материального обнищания, угроза и страх безработицы» следует отнести к чисто социальным. Ю. А. Александровский (2019) говорит о том, что среди россиян старшего поколения нередко наблюдаются социальные стрессовые расстройства. Этого диагноза официально не существует, но именно так можно назвать состояние людей, переживших социально-экономические и политические потрясения вследствие распада Советского Союза. Оказавшись в условиях рыночной экономики, они потеряли жизненные ориентиры, перестали понимать, для чего трудились, стали ощущать ненужность обществу и стране. Макросоциальные конфликты на фоне стресса и депрессии послужили причиной возникновения социального стрессового расстройства [20].

В то же время многие работающие пациентки отмечали, что нервные перегрузки на работе и накопление усталости для них более значимы в развитии заболеваний, чем материальные проблемы.

В работе Н. Е. Харламенковой с соавт. (2014) убедительно показано, что для пожилых людей характерно наличие в анамнезе множественной травматизации, вызванной различными событиями [246]. Для женщин нашей выборки также можно считать, что кумулятивный эффект множественной травматизации явился причиной развития невротического расстройства, часто маскирующегося соматическими проявлениями. Основными социальными стрессовыми факторами следует считать страх материального обнищания и неуверенность в завтрашнем дне.

Как свидетельствуют полученные нами данные, низкая стрессоустойчивость отмечена у трети неработающих женщин и только у 18% работающих, что должно быть учтено в персонифицированном подходе к терапии.

#### **4.2. Выделение мишеней психотерапии и разработка адаптационного тренинга**

Анализ результатов социально-анамнестических и психопатологических исследований, а также факторов риска и уровня сопротивляемости стрессам позволил выделить основные психотерапевтические мишени:

- ✓ мишени нозологической специфики - синдром невротической тревоги и депрессии, синдром вегетативной дисфункции, нарушения сна, астенический синдром, навязчивые фобии;

- ✓ мишени специфичные для личности пациента - феномен алекситимии, несостоятельность при решении повседневных проблем, раздражительность, трудности концентрации внимания, нарушения памяти, сильные негативные эмоции (в основном переживания вины), трудности в принятии решений (склонность к сомнениям), невротические защитные механизмы;

- ✓ мишени, специфичные для клинической ситуации - социальная дезадаптация, семейный конфликт, уровень психологической осведомленности пациента о природе заболевания;

- ✓ мишени, специфичные для психотерапевтического метода психодинамического направления - неосведомленность о своих характерных

психологических защитах, нарушенные межличностные отношения.

### **Программа тренинга для пожилых пациентов, находящихся в ситуации утраты профессионального статуса - 7 ступеней адаптации**

Тренинг рассчитан на индивидуальную работу с психотерапевтом и самостоятельную работу пациентов по выполнению четко сформулированных заданий психотерапевта. Тренинг включает 7 встреч, продолжительностью 40-50 минут каждая, частотой 2 раза в неделю, что позволяет провести весь тренинг в период пребывания пациентов в стационаре. В амбулаторной практике время между встречами можно увеличить до 7 дней. Более редкие встречи нецелесообразны, так как возможно снижение актуальности переживаний за счет активации неконструктивных психологических защит (замещение, вытеснение, соматизация и т.д.).

Встречи проводятся в кабинете психотерапии, оборудованном для проведения индивидуальных сеансов. Обязательно наличие удобных мест для сидения, столика для записей и применения наглядных техник. Психотерапевт располагается напротив пациента (это дает возможность контролировать мимические, вегетативные, двигательные реакции, с целью выявления неосознаваемых и невербализируемых пациентом значимых переживаний).

#### **1 ступень включает первичное интервью.**

В ходе первичного интервью, после знакомства с пациентом и разъяснения целей, сроков и метода психотерапии, пациенту дается возможность свободно, не структурировано изложить свою проблему в форме спонтанного монолога.

На протяжении встречи целесообразно делать пометки с фиксацией наиболее аффективно окрашенных и значимых для пациента моментов. В конце беседы целесообразно вернуться к этим моментам и попросить пациента остановиться на них подробнее, по возможности отразить эмоции и чувства, связанные со значимыми переживаниями.

Уточняющие вопросы помогают врачу уяснить суть переживаний пациента и располагают пациента, видящего неформальную заинтересованность врача, продолжать дальнейшее сотрудничество.

На стадии первичного интервью обычно удается определить «готовность» пациента к изменению социального положения, субъективную значимость профессиональной деятельности, отсутствие или наличие общего представления о ближайшем будущем.

По окончании сеанса важно отразить достигнутое понимание проблемы, уточнить у пациента соответствие его переживаний и представлений о проблеме, представлению о ней терапевта.

В завершении сеанса важно сообщить пациенту, что его переживания уникальны, но терапевт знаком с опытом преодоления подобных ситуаций и готов подумать над наиболее подходящей для данного пациента стратегией терапии, самому же пациенту предлагается задание для самостоятельной работы, позволяющее рационализировать аффективно-насыщенные представления и осознать истинные чувства, вызвавшие фрустрацию.

В зависимости от уровня алекситимии, пациенту предлагается либо самостоятельно написать отрицательные моменты, связанные с прекращением трудовой деятельностью, либо предлагается готовый материал, включающий утверждения, отражающие основные страхи, связанные с прекращением трудовой деятельности и предлагается отметить те из них, которые соответствуют переживаниям пациента (страх снижения дохода, обнищания, страх утраты прежнего статуса и власти, страх наличия свободного времени, незанятости, ненужности, бесполезности, страх утраты социальных контактов, дружбы, страх ухудшения отношения со стороны членов семьи, страх одиночества, страх выявления соматических заболеваний, страх начала жизни по типу «бытовых картинок»). У пациентов не склонных к алекситимии возможно выявление индивидуальных страхов, обнаружение которых является неожиданным и удивительным для самого пациента.

**2 ступень посвящена анализу и отреагированию болезненных эмоций и чувств.**

Зачастую болезненные переживания носят выраженный отрицательный заряд, блокирующий возможность когнитивного анализа проблемы и доступ к

ресурсным возможностям человека, возникающие психосоматические реакции обусловленные неосознаваемыми и неотрагированными эмоциями усугубляют проблему. В связи с этим представляется важным дать возможность человеку в безопасной, поддерживающей атмосфере открыто выразить свои чувства и опасения.

Материалом для работы на второй сессии является домашнее задание пациента. Важно разобрать каждый описанный или отмеченный пациентом страх, связанный с изменением или потерей социального статуса. С этой целью целесообразно применение серии уточняющих и наводящих вопросов, углубляющих представление пациента о проблеме. Опираясь на положение экзистенциальной терапии, о том, что каждый страх по своей сути является иррациональным, важно помочь пациенту в осознании собственных иррациональных установок.

На этой стадии у пациента часто возникает ощущение растерянности, когда подвергаются сомнению привычные стереотипные, традиционно сложившиеся в семье и обществе взгляды и ложные установки. Важно подчеркнуть способность самого пациента нетрадиционно и разносторонне мыслить, иметь собственное видение ситуации, быть в праве прийти в растерянность при ломке привычных стереотипов относительно представлений о трудовой деятельности и ее месте в представлении человека о себе, своих ценностях и своем жизненном пути.

Данная сессия обычно заканчивается получением положительной обратной связи от терапевта, поддерживающего и уважающего проявление любых чувств, в том числе негативных со стороны пациента

Задача работы на этом этапе – снизить значимость переживаний и аффективную насыщенность. В продолжении работы на сеансе, пациенту предлагается в домашних условиях прочитать ряд притч, подобранных психотерапевтом с учетом индивидуальных особенностей пациента (когнитивных функций, образования, рода деятельности). Суть историй должна сводиться к обнаружению альтернативных способов мышления и восприятия и показывать, что в любом событии есть как отрицательные, так и положительные стороны и свой

особый для человека смысл.

Пациенту дается задание читать каждый вечер по одной психотерапевтической истории и делать заметки о собственных впечатлениях и выводах.

**3 ступень посвящена анализу отношений пациента, не связанных с профессиональной деятельностью (определение внешних ресурсов).**

Человек – существо социальное, поэтому значимость участия других людей в жизни пациента трудно переоценить. Данная сессия строится на обсуждении значимых отношений пациента (семейных, дружеских). Приветствуется свободный рассказ пациента о значимых окружающих людях с фиксацией тех, кто мог бы стать опорой в преодолении кризиса выхода на пенсию. В ходе сеанса часто актуализируются проблемные взаимоотношения, непонимание, обиды на близких. Задача психотерапевта – дать возможность безопасно выразить болезненные чувства, не отклоняясь от основной линии – выделение из окружения людей, могущих в будущем стать ресурсом в преодолении кризиса.

Значение имеет не текущее отношение близких к проблемам пациента (часто это может быть недопонимание глубины переживания и отрицание их значимости), а их готовность находиться рядом и поддерживать.

Когда пациент однозначно выделил человека или группу людей, небезучастных к нему и его жизни, психотерапевт предлагает следующую сессию провести вместе с обозначенными пациентом людьми.

В качестве домашней работы, пациенту предлагается упражнение «прошу помощи», суть которого состоит в освоении навыка открытого выражения своих просьб и желаний. Для пациентов с высоким уровнем алекситимии, предлагается в ходе сеанса участие в малом тренинге, когда психотерапевт просит что-либо у пациента (подать ручку, закрыть окно, зачитать абзац из книги и т.д.) и благодарит в конце за выполненную просьбу, затем пациент и терапевт меняются ролями и пациенту предлагается попросить терапевта о чем-либо для него значимом, но заведомо выполняемом. Часто пациенты теряются на данном этапе и не могут сформулировать обращение к психотерапевту. В этой ситуации предлагается

представить, что терапевт, это значимое для пациента лицо, к которому он собирается обратиться с просьбой посетить вместе с ним терапевта. Когда упражнение выполнено, терапевт выражает понимание, расположение и готовность помочь от лица близкого человека, но необходимо обсудить возможность отказа и тем самым снизить аффективную насыщенность переживаний и дать увидеть возможность обращения к другому человеку до получения согласия. В случае, когда пациент считает себя «абсолютно одиноким», поиск поддержки осуществляется среди пациентов с подобными проблемами, в отделения, где получает лечение данный человек.

#### **4 ступень работа с заинтересованным окружением.**

Сессия проводится отдельно с окружением или в присутствии самого пациента, в зависимости от желания пациента.

На данном этапе терапии работа носит в основном разъяснительный характер и нацелена на достижения понимания ближайшим окружением переживаний, страхов и тревог пациента и выработке эффективных стратегий помощи пациенту со стороны ближайшего окружения.

В начале сессии поощряется выражение участниками сессии собственного видения ситуации и отношение к переживаниям близкого. Зачастую можно выявить недооценку глубины проблемы со стороны окружающих, предложение ими своих решений и путей адаптации, без учета личностных особенностей и ценностной сферы пациента. Психотерапевт признает возможность подобной трактовки происходящего, но обращает внимание на ее недостаточную неэффективность для конкретного человека и предлагает вместе разобраться в истинных чувствах, тревогах и страхах пациента, прекратившего или стоящего на пороге прекращения трудовой деятельности. Ближайшему окружению предлагается избегать шаблонных утешений, общепринятых подбадривающих фраз, высказываний, обесценивающих переживания пациента. В качестве альтернативы, предлагается оставаться рядом с находящимся к кризисной ситуации человеком, сохранять чуткое и доброжелательное отношение к нему, пытаться вовлечь в совместную бытовую, социальную активность, отзываться на любую инициативу, исходящую от



пациента в плане совместного времяпровождения и планирования будущего.

### **5 ступень анализ ценностной сферы и значимости профессиональной деятельности в жизни пациента.**

В случае, когда достигнуто снижение аффективной насыщенности переживаний и удалось получить внешний ресурс в качестве эффективной поддержки внешнего окружения, можно переходить к когнитивному анализу места профессии в жизни человека и других актуальных ценностей.

С этой целью пациенту предлагается выполнить наглядное упражнение: нарисованный пустой круг нужно разделить на сектора, где каждый сектор символизирует значимую для человека деятельность. Большинство пациентов выделяют работу, семью, друзей, общественную деятельность, хобби. По размеру выделенных секторов можно судить о значимости и временных затратах, как реальных, так и ментальных на выбранный вид деятельности.

Данное упражнение помогает пациенту наглядно увидеть, какую часть его жизни занимает профессия. Для терапевта же становится очевидной направленность личности (семья, профессия, социальная активность) и возможные пути адаптации пациента к угрозе изменения социального статуса.

В ходе сессии анализируется место профессии в жизни человека, с этой целью пациенту предлагается назвать основные мотивы, определяющие его трудовую деятельность. Терапевт фиксирует мотивы. Они могут лежать в плоскости ощущения занятости, финансовой стабильности, независимости, власти, статусности, полезности и нужности людям. Задача терапевта, с помощью наводящих вопросов, способствовать осознанию человеком собственных мотивов профессиональной деятельности. В ходе данной сессии целесообразно проанализировать реальное состояние здоровья пациента, с учетом имеющихся обследований и субъективные ощущения наличия энергии и работоспособности пациента.

В качестве домашнего задания предлагается фиксировать собственные достижения в профессиональной сфере, семейной и социальной жизни. Данное упражнения помогает восстановить адекватную самооценку, сниженную в ходе

утраты или угрозы утраты работы, актуализировать осознание наличия достижений в других жизненных сферах.

### **6 ступень. Выбор стратегии дальнейшей жизни.**

Данная сессия основана на рациональном подходе к планированию собственного будущего с учетом имеющихся ресурсов и ограничений. Психотерапевт избегает каких либо прямых советов и директив и полностью настроен на принятие и анализ предлагаемых пациентом стратегий дальнейшей жизни. Роль терапевта в ходе данной сессии заключается в мягкой коррекции негативных установок и заранее деструктивных сценариев пациентов. Важно помочь человеку, с учетом выявленной ранее значимости и роли профессии в его жизни, а также текущего состояния здоровья и физических возможностей, определиться в выборе стратегии продолжения трудовой деятельности или расширения жизненных сценариев за счет увеличения доли значимых видов деятельности (хобби, семья, социальная активность).

В ходе беседы пациенту предлагается определить и зафиксировать сильные стороны собственной личности, для дальнейшего использования их в качестве внутреннего ресурса по преодолению кризиса.

В качестве домашней работы пациенту предлагается вспомнить и зафиксировать интересы, способности, таланты, желания и мечты, актуальные в детстве и юности и предшествующие профессиональному становлению.

### **7 ступень. Реадаптация с учетом выбранной стратегии**

Вектор психотерапии на данной ступени зависит от выбранной самим пациентом стратегии дальнейшей жизни.

Если сфера интересов лежит вне профессии или состояние здоровья объективно не позволяет продолжать трудовую деятельность, задача психотерапевта лежит в плоскости выявления и анализа ранних интересов пациента или нереализованных желаний, присутствовавших на протяжении всей жизни человека и не осуществленных ввиду субъективного ощущения долженствования по отношению к семье и профессии. В данном случае психотерапевт может направить размышления пациента в сторону положительных моментов

прекращения трудовой деятельности в плане появления временных возможностей построения дальнейшей жизни с учетом собственных ценностей, желаний и нереализованных планов.

В качестве домашнего задания, служит составление пациентом списка нереализованных желаний и плана их реализации с указанием временных параметров.

В случае, когда мы имеем дело с профессионально ориентированной личностью, имеющей четкую установку на продолжение трудовой деятельности и отсутствие соматических заболеваний, препятствующих ее осуществлению, роль психотерапевта заключается в помощи человеку осознать или сформировать мотивы профессиональной активности, лежащие в плоскости общечеловеческих ценностей (передача опыта, помощь и служение людям). Данный вектор личностной направленности значительно расширяет возможности реадaptации на рабочем месте или трудоустройство, снижает актуальность психотравмирующих переживаний (конкуренции, страха обнищания, страха потери работы), так как выходит за рамки ориентации на профессию, как на средство получения денежного вознаграждения и открывает возможности трудоустройства в социальной сфере, где требуется помощь и служение людям, при этом помогает сохранить самоуважение, ощущение собственной значимости и нужности людям.

В качестве домашнего задания пациенту предлагается либо возвращение на прежнее место работы с позиции переоценки ценностей и значимости переживаний, либо анализ имеющихся вакансий и конкретные действия по устройству на работу.

#### **4.3. Распределение пациенток выборки на основе ресурсных возможностей**

Одной из задач настоящего исследования являлась оценка совокупности клинико-социальных и психопатологических характеристик пациенток, оставивших трудовую деятельность и продолжающих работать, что позволило бы сформировать группы для проведения лечебных мероприятий.

В проведенном нами исследовании сравнивались две группы пациенток – оставивших работу после или вскоре после выхода на пенсию и продолжающих работать в пенсионном периоде. Восстановление здоровья в процессе терапии имело целью и восстановление трудоспособности. В этой связи необходимо уточнить содержание используемых понятий. Трудоспособность определяется как состояние здоровья, позволяющее человеку выполнять работу определённого объёма и качества. Синоним этого термина – работоспособность. Трудоспособность чаще рассматривается как социально-правовая категория. Многочисленные определения работоспособности касаются как производственной, так и непроизводственной сферы.

Е. В. Макушкин и Л. Е. Пищикова (2013), рассматривая взаимодействия процессов эволютивности и инволютивности в геронтогенезе, определяют трудовую дезадаптацию как неспособность или невозможность «выполнять трудовые операции в различной среде обитания (работа, семья, жилище, больница), невозможность к избирательному, мотивированному, по собственной инициативе труду» и указывают на необходимость специально организованных мероприятий, направленных на выявление и мобилизацию сохранившихся у пожилого человек с психическими расстройствами адаптационных возможностей [154]. Эти же авторы отмечают, что функциональные возможности старого мозга в пределах возможной продолжительности жизни достаточны для выбора адекватного внутренним и внешним условиям поведения. Неравномерность и скачкообразность процессов инволюции обусловлены их постоянным взаимодействием с процессами эволютивности, которые борются с возрастной деструкцией и дезорганизацией и обуславливают сохранение адаптации, хотя и на все более онтогенетически низком уровне.

В связи с этим мы полагаем, что восстановление трудоспособности касается не только пациенток, продолжающих работать в той или иной организации, но и официально оставивших трудовую деятельность, однако продолжающих выполнять трудовые операции в семье, по месту проживания, лечения и т. д.

Б. Д. Карвасарский (1990) специфичным в использовании психотерапевтических программ считает принцип активации и реактивации ресурсов пациента, так как не востребуемые функции угасают. При этом рекомендует следить за мерой «напряжения» функций, поскольку равно опасно как их недостаточное напряжение, так и перенапряжение. В целом определяет характер психотерапевтического воздействия и конкретный выбор применяемых психотерапевтических методов и приёмов особенности личности пожилого и его стратегия адаптации к возрастному фактору [108].

В нашем исследовании женщин с высшим образованием оказалось на 24% больше в группе работающих. Учитывая защитные и профилактические функции высшего образования, мы считаем этот фактор одним из ресурсных возможностей, на который следует опираться в реализации персонифицированного подхода к лечению пациенток.

Анализ полученных результатов психопатологических исследований показал, что пациенток выборки можно разделить по схожести основных показателей на три подгруппы. Разделение происходило по следующим направлениям:

- по уровню стрессоустойчивости, так как высокий уровень свидетельствует о достаточных ресурсных возможностях, пограничный об умеренном снижении адаптационного потенциала, низкая стрессоустойчивость свидетельствует о необходимости активного восстановления адаптационного потенциала;
- по способам борьбы со стрессом в виде адаптивных, относительно адаптивных и неадаптивных копинг-стратегий совладания со стрессовой ситуацией;
- по показателям шкал Опросника невротизации: тревога, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения (навязчивости), вегетативные нарушения, которые диагностируют состояние стабильной психической адаптации, неустойчивой психической адаптации или дезадаптации (болезнь);
- по преобладающим видам механизмов психологической защиты: протективным (примитивные, незрелые, более простые), их цель - не допустить информацию в сознание (расщепление, проекция, отрицание, вытеснение,

идентификация, идеализация и др.), или дефинзивным, более зрелым, допускающим информацию в сознание, но искажающим ее (сублимация, рационализация и др.);

- по преобладанию в мотивационной структуре личности общежитической или рабочей направленности;
- по уровню алекситимического потенциала, который требует/не требует обучению верализации эмоций.

При этом ни возраст, ни принадлежность к работающей или не работающей категории решающего значения не имели. То есть, различия касались выраженности установленных нарушений и сохранности ресурсных возможностей с учетом факторов риска в прогрессировании невротических расстройств.

В ходе исследования при оценке невротических состояний по результатам психопатологических исследований, с учетом анамнеза и данных клинико-лабораторных исследований, нами были выделены следующие подгруппы:

**Первая подгруппа** – пациентки, отличающиеся низкой стрессоустойчивостью, непродуктивным копингом, высоким уровнем алекситимии. Для этой группы пациентов характерны невротические нарушения по всем 6 шкалам: тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических нарушений и вегетативных нарушений. По частоте использования механизмов психологической защиты на первом месте стоит компенсация, что говорит о депрессивной симптоматике, присущей невротическим расстройствам. На последнем – проекция. На втором и третьем месте у пациенток первой подгруппы стоит замещение и рационализация.

В первой подгруппе оказалось больше всего пациенток, оставивших трудовую деятельность (60%) и 22% пациенток, имеющих работу, причем хронологический возраст был настолько различным, что в какие-либо периоды не укладывался. Возрастной разброс составлял до 9-10 лет.

**Вторая подгруппа** – пациентки, отличающиеся пороговой стрессоустойчивостью, относительно продуктивным копингом, риском по развитию алекситимии. Они имели невротические нарушения по 3-4 шкалам:

тревоги, невротической депрессии, астении, вегетативных нарушений. По частоте использования механизмов психологической защиты также на первом месте стоит компенсация, на последнем – проекция. На втором и третьем месте стоит рационализация и вытеснение.

Вторая подгруппа состояла на 25% из не работающих и на 36% из женщин, не прекративших труд по профессии. Возрастной диапазон также отличался разнообразием. Отметить преобладание какого-либо узкого возрастного периода оказалось невозможным.

**Третья подгруппа** – пациентки, отличающиеся высокой стрессоустойчивостью, продуктивным копингом и отсутствием алекситимии. Имели невротические нарушения по 1-3 шкалам: тревоги, невротической депрессии или астении и вегетативных нарушений. По частоте использования механизмов психологической защиты на первом месте стоит компенсация, на последнем – проекция. На втором и третьем месте стоит гиперкомпенсация (реактивные образования) и вытеснение.

Пациентки третьей группы составили 15% не работающих и 42% работающих.

Диагностика мотивационной структуры личности выявила преобладание общежитетской направленности в 1 и 2 подгруппах испытуемых и некоторое преобладание рабочей направленности в 3 подгруппе.

Диагностика системы отношений и жизненных ценностей выявила области отношений, отличающихся наибольшей степенью нарушений в 1 подгруппе: серьезные расстройства в системе отношений к отцу, матери, себе, наличие нереализованных возможностей, страх перед будущим, негативное отношение к прошлому, чувство вины, множество иррациональных страхов.

Во 2 подгруппе наблюдалась преимущественная амбивалентная и безразличная эмоциональная оценка основных систем отношений. Серьезные нарушения наблюдались в области чувства вины и отношения к семье и родным. В 3 подгруппе выявлено наличие страхов, чувства вины и отсутствие ярко выраженных проблем в области других ценностей.

#### 4.4. Дифференциация подходов к медикаментозному и психотерапевтическому лечению

В период пребывания пациенток в стационаре лечение нами проводилось в соответствии со стандартами специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, посттравматическом стрессовом расстройстве (утверждены приказами МЗ РФ от 20 декабря 2012 года № 1103н, № 566н [4, 5], а также учитывались Рекомендации Всемирной Федерации Сообществ Биологической Психиатрии (WFSBP) по фармакотерапии тревоги, обсессивно-компульсивного и посттравматического расстройств [209].

Фармакотерапия осуществлялась на основании следующих принципов:

- Принцип комплексности, который реализуется в сочетанном использовании медикаментозных и немедикаментозных методов терапии.
- Принцип дифференцированности реализуется в зависимости от клинических характеристик тревожно-депрессивных нарушений невротического уровня, личностных особенностей пациента, при этом индивидуально оцениваются мишени и цели проводимого лечения, осуществляется подбор комбинированной фармакотерапии, определяется содержание и характер психотерапии.
- Принцип интегративности, который состоит во взаимосвязанном использовании медикаментозного лечения и психотерапевтических методов и приемов, имеющих своей целью более интенсивное воздействие на три компонента психики — когнитивный, эмоциональный и поведенческий.
- Принцип краткосрочности реализуется при гибком сочетании психо- и фармакотерапии в зависимости от личности пациента, патогенеза, особенностей симптоматики, стадии заболевания, воздействий окружающих людей и обстоятельств, а также от имеющихся фармакологических возможностей и профессионализма лечащего врача.

Алгоритм психофармакотерапии тревожно-депрессивного расстройства:

- ✓ Антидепрессанты из различных групп, в частности, мirtазапин, и



малые антидепрессанты (тразодон, агомелатин) используются.

✓ В качестве препаратов для снятия эмоционального напряжения и снижения интенсивности тревожных нарушений применяются небензодиазепиновые транквилизаторы: тофизолам, альпразолам, этифоксин, буспирон, гидроксизин.

✓ Малые нейролептики: сульпирид, алимемазин применяются для воздействия на когнитивную составляющую тревожных и депрессивных нарушений.

Учитывая отставленный эффект антидепрессантов при выраженных эмоциональных нарушениях для быстрого воздействия на тревожную симптоматику применяются препараты из группы бензодиазепиновых анксиолитиков (феназепам, элзепам).

В целом фармакотерапия нашим пациенткам назначалась исходя из принципа комплексности, персонификации, минимизации побочных эффектов и современных подходов.

Всем пациенткам выборки в зависимости от выраженности вегетативной дисфункции, с учётом наличия или отсутствия сопутствующей патологии, данных лабораторных и инструментальных методов исследования и в соответствии с рекомендациями консультантов (терапевта, невролога, эндокринолога и др.) назначался один из каждой группы фармакопрепаратов в инфузионной или таблетированной форме:

- Ноотропные препараты – церебролизин (комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи), кортексин (полипептиды коры головного мозга скота), фенибут (аминофенилмасляная кислота), гопантеповая кислота, пикамилон (никотинол гамма-аминомасляная кислота), аминалон (гамма-аминобутировая кислота), диваза (антитела к эндотелиальной NO синтазе афинно очищенные);

- Антиоксиданты с ноотропным действием – этилметилгидроксипиридина сукцинат, актовегин (депротинезированный гемодериват крови телят);

- Метаболические средства – цитофлавин, мельдоний (милдронат), курсовая терапия витаминами группы "В", чередуя тиамин гидрохлорид и пиридоксин гидрохлорид;
- Сердечно-сосудистые препараты - карнитин хлорид, циннаризин (блокатор кальциевых каналов с преимущественным влиянием на сосуды головного мозга) и др.

Психотропные препараты назначались дифференцированно для каждой подгруппы пациентов. С учетом выраженности психопатологической дисфункции производился индивидуальный подбор психотропных препаратов и назначался комплекс психотерапевтических методик, разработанных в соответствии с типом пациента, установленным по данным психопатологических исследований.

Пациентки 1 подгруппы, обнаружившие высокий уровень тревоги, невротической депрессии, астении, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические и вегетативные нарушения как правило, получали один из препаратов нижеперечисленных групп:

- транквилизаторы небензодиазепинового ряда - гидроксизин, тофизолам, буспирон, этифоксин;
- трициклические антидепрессанты с наименьшей выраженностью побочных эффектов - пипофезин;
- четырехциклические антидепрессанты - миансерин или мапротилин;
- обратимые ингибиторы МАО - пирлиндол;
- антидепрессанты группы СИОЗС - пароксетин, флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, тразодон;
- антидепрессанты других групп – агомелатин, адеметионин;
- малые нейролептики, обладающие наименьшей выраженностью побочных эффектов - алимемазин, сульпирид, оланзапин, кветиапин, тиаприд.

С первых дней лечения медикаментозная терапия сочеталась с комплексом психотерапевтических методик. Учитывая наличие серьезных расстройств в системе отношений к отцу, матери, себе, наличие нереализованных возможностей, страх перед будущим, негативное отношение к прошлому, чувство вины,

множество иррациональных страхов на фоне высокого уровня алекситимии, непродуктивных копинг-стратегий, низкой стрессоустойчивости и общежитейской направленности личности у пациентов первой группы нами применялся комплекс психотерапевтических тренингов, позволяющий снять эмоциональное напряжение, получить поддержку и освоить основные способы самопомощи в стрессовых ситуациях, без попыток глубинного анализа и реконструкции личности.

Пример клинического наблюдения пациентки из подгруппы 1 приведен в конце 4 главы.

Вторая подгруппа пациенток, показавшая наличие тревоги, невротической депрессии, астении, вегетативных нарушений, получала медикаментозную терапию одним из препаратов различных групп:

- транквилизаторы небензодиазепинового ряда - гидроксизин, тофизолам, буспирон, этифоксин;
- антидепрессанты мягкого действия с минимальной выраженностью побочных эффектов, группа СИОЗС – пароксетин, флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, тразодон;
- антидепрессанты других групп - агомелатин, адеметионин.

Проводимая терапия так же обязательно сочеталась с применением нейропротекторов, ноотропов и сосудистых препаратов, улучшающих метаболизм в нервной ткани и способствующих повышению стрессоустойчивости.

Учитывая преобладающие нарушения в области чувства вины и отношения к семье и родным, преимущественно амбивалентную и безразличную эмоциональную оценку основных систем отношений, общежитейскую направленность на фоне пороговой стрессоустойчивости, относительно продуктивного копинга и отсутствия выраженной алекситимии, в процессе психотерапии нами использовался комплекс методик, направленный на выработку более адаптивных стратегий совладания со стрессом и нормализацию межличностных отношений. С этой целью применялись терапия, фокусированная на решении (краткосрочная позитивная психотерапия), бихевиоральная терапия и когнитивно-бихевиоральная терапия. Индивидуальные сеансы проводились 2-3

раза в неделю и сочетались с еженедельной групповой психотерапией, в которой участвовали пациентки, показавшие схожие результаты психологического тестирования и вошедшие во вторую группу.

Пример клинического наблюдения пациентки из подгруппы 2 приведен в конце 4 главы.

Пациентки третьей подгруппы имели в клинической картине симптомы астении и вегетативных нарушений, ввиду чего медикаментозная помощь им ограничивалась применением препаратов, улучшающих метаболизм, нейропротекторов и ноотропов, способствующих повышению стрессоустойчивости

Для этой группы применялся комплекс психотерапевтических методик, включающий: сеансы рационально-эмотивной терапии, экзистенциальной психотерапии, проводившиеся 2-3 раза в неделю с аналитическими заданиями для самостоятельной работы между сеансами и еженедельные групповые встречи пациенток. Подбор психотерапевтических методик осуществлялся с учетом отсутствия алекситимии, что позволяло применять аналитические методы и логотерапию. Относительно высокая стрессоустойчивость, достаточно продуктивный копинг и рабочая направленность личности позволяло ориентировать пациенток на продолжение развития и самореализацию.

Пример клинического наблюдения пациентки из подгруппы 3 приведен в конце 4 главы.

В таблице 4.4.1 приведены показатели эффективности терапии в группах наших пациентов по шкале, предложенной Р.Д. Тукаевым [243] - значительное улучшение состояния, улучшение, незначительное улучшение, отсутствие улучшения. Показатели эффективности терапии могут свидетельствовать о достаточно больших ресурсных возможностях пациенток, как продолжающих, так и прекративших профессиональную деятельность после наступления пенсионного возраста.

**Таблица 4.4.1** – Показатели эффективности терапии

Группа	Эффективность фармако- и психотерапии				
	Значительное улучшение	Улучшение	Незначительное улучшение	Отсутствие Улучшения	Повторные госпитализации
1 (не работающие)	15%	60%	20%	5%	-
2 (работающие)	25%	60%	15%	-	-

Таким образом, подбор адекватных «мишеней» психотерапии способствовал эффективности лечения в целом. Подчеркнем, что в лечении невротических расстройств основным средством считается психотерапия с выделением психотерапевтических «мишеней» [148, 150]. Как было показано в исследованиях С.В. Ляшковой (2016) применение только психотерапии влекло положительную динамику у больных с разными типами невротического расстройства в соответствии с патогенетическим диагнозом. Это связано, как считает автор, с правильным определением «мишеней» психотерапии [151].

## Клиническое наблюдение 1

Группа 1 (не работающая), психотерапевтическая подгруппа 1

Эпикриз № 84

Больная С-ва Татьяна Алексеевна, 59 лет.

**ИЗ АНАМНЕЗА** Наследственность манифестными психозами и судорожными пароксизмами не отягощена. Младший брат периодически получает лечение по поводу алкоголизма. Младшая сестра страдает ДЦП. Родилась и развивалась без патологии. Росла здоровым ребенком. В детском возрасте перенесла ветряную оспу в легкой форме (в 1 год). Воспитывалась в полной семье рабочих. Старшая из 3-х детей. По характеру формировалась общительной, трудолюбивой, с повышенным чувством ответственности и долга. С детства была приучена контролировать младшего брата и больную сестру (инвалид детства по ДЦП), ухаживать за ними, когда родители работали. Училась отлично, увлекалась кройкой и шитьем. Окончила 10 классов и колледж легкой промышленности по специальности «швея». Работала на швейной фабрике, заведующей хозяйством. С 2017 года не работает. Разведена. Взрослая дочь разведена, с 10-ти летним сыном проживает в другом городе. С 2016 года, после смерти матери, пациентка проживает вдвоем с сестрой, страдающей ДЦП. До 2017 года пациентка работала заведующей хозяйством Муниципального образовательного учреждения «Центр образования». Состояние ухудшилось в августе 2017 года, после выхода на пенсию, который пациентка расценивает как «вынужденный» в связи с необходимостью осуществлять уход за сестрой после смерти матери: - «Мать просила не бросать сестру». Отношения с младшим братом не поддерживает. Известно, что он проживает на Севере, алкоголизируется, семьи и детей не имеет.

**Anamnes morbi:** вскоре после выхода на пенсию стала отмечать нарастающую подавленность, плаксивость, трудное засыпание, беспокойный, прерывистый сон, раннее пробуждение, появилось неопределенное чувство тревоги, внутреннего напряжения, дрожь в теле, головные боли, боли в области кишечника, метеоризм, снизился аппетит. Похудела на 6 кг за 2 месяца, ввиду чего появился страх «заболеть серьезным заболеванием». Обратилась к терапевту: была обследована: ОАК, БАК,

ОАМ, гастроскопия - без патологии.

По направлению терапевта была консультирована неврологом. Диагностирована киста в области шишковидной железы. Проходила обследование в НМХЦ им. Пирогова. Рекомендовано динамическое наблюдение с контролем размеров кисты, консультация психиатра.

21.11.2017 г. психиатром КПД ГБУЗ №1 ДЗКК направлена на стационарное лечение в ГБУЗ СКПБ №1 ДЗКК. Лечилась стационарно в СКПБ №1 с 21.11.2017 г по 22.12.2017 г. с диагнозом: Смешанная тревожная и депрессивная реакция в связи с нарушением адаптации. Выписана с улучшением на поддерживающей терапии: Этифоксин 50 мг 2 раза в день, Симпатил 1 таб 3 раза в день, Пирлиндол 25 мг 3 раза в день. После выписки пациентка вернулась к прежней бытовой активности: ухаживала за сестрой, готовила, поддерживала чистоту в квартире, вечером совершала прогулки с сестрой, общение с дочерью и внуком поддерживала по телефону.

Отмечает, что после выхода на пенсию «жизнь изменилась» - утратила ежедневное общение с коллегами (остались редкие телефонные звонки), утратила возможность финансово помогать дочери и внуку, так как снизился доход. Отмечает, что на фоне приема препаратов тревожность снизилась, но сохранялась ранее не свойственная ей подавленность, ощущение бессмысленности происходящего.

Заметное ухудшение отмечает с апреля 2018 года (спустя 4 месяца). В этот период занималась установкой новой кухни и столкнулась с нарушением сроков и качества выполнения работ. Сообщает, что почувствовала себя обманутой и беспомощной. Нарастала подавленность, раздраженность «раздражало все, особенно сестра и изготовители кухни». Вновь появились тревога, страх за свое здоровье, ощущение "дурноты", слабость, трудное засыпание, частые ночные пробуждения.

Самостоятельно обратилась за помощью в ГБУЗ ГПД СПб №7 ДЗКК и была направлена на лечение в дневной стационар ГБУЗ СПб №7 ДЗКК.

**СОСТОЯНИЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ 28.05.2018 г.** На приеме самостоятельно. Жалобы на тревогу, подавленное настроение, ощущение "дурноты", слабость, вялость, утомляемость, трудное засыпание, частые ночные пробуждения, поверхностный сон.

Внешне опрятна. Пониженного питания. Беспокойна, суетлива. Выражение лица испуганное. Расположена к общению, охотно делится переживаниями. Речь протекает в ускоренном темпе, сбивчивая. Старается отвечать по- существу вопросов, но постоянно возвращается к описанию собственного состояния, психотравмирующих событий (отсутствие работы, «беспомощность» в решении бытовых вопросов, необходимость ухаживать за сестрой и ответственность за нее. Во время беседы часто вздыхает, сбивается, многократно повторяет жалобы. При аффективном напряжении обнаруживает явления вегетативной дисфункции: гиперемии кожных покровов лица и шеи, гипергидроз, тахипноэ. Внимание неустойчивое, истощаемое. Фиксирована на негативных переживаниях: "Беспокоюсь за будущее, за свое здоровье, за сестру, дочь и внука, боюсь остаться без средств". Выражена ситуационная тревожность. Фон настроения неустойчивый, с преобладанием сниженного. Эмоциональные реакции поверхностные, лабильные. Положительные эмоции истощены. Мышление с элементами инертности, ригидности. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не продуцирует. Суицидальной и антисоциальной настроенности не выявлено. По шкале Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) 10 баллов. По шкале оценки суицидального риска (The SAD PERSONS Scale, Patterson et al.1983) 1 балла.

Охотно согласилась участвовать в клинико-психопатологическом исследовании. Подписала информированное согласие, ознакомилась с информацией для пациента, получила комплект бланков по методикам исследования. На следующий день (29.05.2018 г.) получила разъяснение по возникшим вопросам и вернула заполненные анкеты.

**ПСИХОЛОГ:** от 29.05.18г. Выявлены данные, характерные для психогенно-невротического патопсихологического симптомокомплекса. Эмоциональная напряженность. Тревожно-депрессивное состояние у личности лабильного типа. Умеренный, невротический, уровень депрессии.

**В ОТДЕЛЕНИИ** Первое время пациентка с трудом адаптировалась в отделении, ни с кем из пациентов не общалась, время проводила в палате, была погружена в свои переживания. Часто обращалась к мед. персоналу с различными жалобами, активно интересовалась результатами обследований и лечением, нуждалась в дополнительных



разъяснениях, поддержке и одобрении. В состоянии преобладала тревога и страх, направленный в будущее, наряду с астенической симптоматикой. Обнаруживала быструю физическую и психическую истощаемость, снижение толерантности к внешним раздражителям и нагрузкам: старалась избегать шумных мест, тяготилась общением с окружающими. В результате проведенного лечения уменьшилась тревожная симптоматика, купированы ипохондрические и навязчивые ее проявления, стабилизировалась аффективная сфера, фон настроения стал ровный, устойчивый. Нормализовался сон. Появился аппетит. Повысилась толерантность к внешним раздражителям и нагрузкам.

Сформировались реалистичные планы на будущее, повысился адаптационный потенциал.

**ПРОВЕДЕНО ЛЕЧЕНИЕ** – Магнезия 5 мл в/в, хлорид натрия 0,9% 200 мл внутривенно капельно № 10, Мельдоний 5 мл внутривенно № 10 , Мексидол 5 мл внутримышечно № 10, Агомелатин (вальдоксан) 25 мг на ночь, Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 0,5 мг на ночь №3, Алимемазин (тералиджен) 5 мг 3 раза в день.

За время пребывания в стационаре пациентка посещала ежедневные сеансы релаксации с элементами аутогенной тренировки, приняла участие в групповом психотерапевтическом тренинге «7 ступеней адаптации» по программе, разработанной для первой психотерапевтической подгруппы пациентов.

**СОСТОЯНИЕ ПРИ ВЫПИСКЕ** Жалобы на сохраняющуюся неуверенность в себе в контексте "не справиться с жизненными задачами".

На приеме самостоятельно. Ориентирована во всех видах полностью. Внешне опрятна, в поведении упорядочена. В беседе высказывает твердое намерение вернуться к прежней бытовой активности, заняться поисками посильной работы, возобновить общение с друзьями, отправить в путешествие в Белоруссию, где пациентка родилась и проживала с родителями до школьного возраста.

Внимание удерживает хорошо. Речь протекает в обычном темпе, последовательная, суждения рациональны. Признаков расстройства восприятия нет. Бредовых идей не высказывает. Мышление последовательное, логика не нарушена.

Фон настроения ровный, устойчивый. Эмоциональные реакции спокойные, ровные, адекватные. Суицидальных намерений не выявлено. По шкале Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) 6 баллов.

**Рекомендовано** Наблюдение и поддерживающее лечение у психиатра по месту жительства, продолжить занятия психотерапией, продолжить прием Алимемазин 5 мг 2 раза в день, Агомелатин 25 мг на ночь. Курсовая терапия сосудистыми и ноотропными препаратами 2 раза в год.

**ДИАГНОЗ** - F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации.

**DS сопутствующий:** I 42; 167.8 Дисгормональная кардиомиопатия ХСН 1 фк. Хроническая дисциркуляторная энцефалопатия 1 стадии, рассеянная микроочаговая симптоматика.

Результаты проведенного клинико-психопатологического исследования на момент поступления в стационар (Таблицы 4.4.2 - 4.4.6; Рисунок 4.4.1):

**Таблица 4.4.2** – Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (тест Яхина-Менделевича)

Ф.И.О.	Возраст (годы)	Шкала тревоги	Шкала невротической депрессии	Шкала астении	Шкала истерического типа реагирования	Шкала обсессивно-фобических нарушений	Шкала вегетативных нарушений	Результат
С-ва Т.А.	59	-10,84	-13,13	-8,48	-14,8	-11,85	-26,094	Выражены нарушения по всем шкалам

Интерпретация:

- выражена **тревожность**.

Характеризуется снижением порога возбуждения в отношении стимулов, вызывающих тревогу; имеются признаки беспокойства, неуверенности при общении, плохая переносимость ожидания, нетерпеливость, непоседливость, нерешительность.

- выражена **невротическая депрессия**.

Характеризуется симптомами сниженного настроения, не достигающие степени тоски, чувство безрадостности, но без экстраполяции этого ощущения на будущее,

ослабление тонуса и энергии, ограничение контактов с окружающими и снижение интересов.

- выражена **астения**.

Психическая и физическая гиперестезия (повышенная чувствительность, болезненно повышенная возбудимость чувств), быстрая утомляемость, снижение работоспособности, раздражительность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность (неустойчивость), нарушение внимания.

- выражено **конверсионное расстройство**.

Истерический тип реагирования, основные тенденции которого – требование признания, повышенная чувствительность и впечатлительность, обидчивость, а также проявление истерического реагирования в виде нарушенной сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта, тики и двигательные нарушения.

- выражено **обсессивно-фобическое расстройство (навязчивости)**.

Характеризуется наличием навязчивостей, навязчивых воспоминаний, сомнений, страхов, неуверенностью в своих поступках и решениях.

- выражены **вегетативные нарушения**.

Характеризуется неустойчивостью сосудистого тонуса, снижением аппетита, нарушением сердечно-сосудистой деятельности, желудочно-кишечными расстройствами, нарушением терморегуляции, нарушением сна, головными болями.

**Таблица 4.4.3** – Результаты исследования по тестам: алекситимия, стрессоустойчивость, копинг-стратегии, психометрический тест

Алекситимия	Стрессоустойчивость	Копинг-стратегии			Психометрический тест С. Деллингер
		А. когнитивные	Б. Эмоциональные	В. Поведенческие	
95	426 низкая	Н -Смирение	Н - Покорность	Н -Отступление	Фигура на первом месте -зигзаг

Интерпретация: высокая алекситимичность, низкая стрессоустойчивость, неадаптивные копинг-стратегии, выбор зигзага на первом месте свидетельствует об определенной креативности, развито эстетическом чувстве, устремленности в будущее и, одновременно, о непрактичности, нереалистичности и наивности.

**Таблица 4.4.4** – Результаты исследования по тесту «Индекс жизненного стиля Келлермана-Плутчика»

Вытеснение Пассивная диспозиция	Регрессия – диспозиция психопатии	Замещение - Агрессивная диспозиция	Отрицание - Диспозиция истерии	Проекция - Параноидальная диспозиция.	Компенсация- Депрессивная диспозиция.	Гиперкомпенсация - Диспозиция мании	Рационализация Обсессивная диспозиция	Степень напряженности защиты (СНЗ).
8/ 66,664%	6/ 60%	11/ 78,563%	6/ 49,998%	1/ 7,692%	12/ 92,304%	4/ 30,768%	7/ 70%	55



**Рисунок 4.4.1** – Индивидуальный профиль пациентки Т.А. С-ва

Интерпретация: на первом месте стоит компенсация, что говорит о депрессивной симптоматике, присущей невротическим расстройствам. На последнем – проекция. На втором и третьем месте стоит замещение и рационализация. Степень напряженности психологических защит выше среднего уровня.

**Таблица 4.4.5** – Результаты исследования по методике «Диагностика мотивационной структуры личности»

Шкалы							Направленность личности	
"поддержание жизнеобеспечения" (Ж),	"комфорт" (К)	"социальный статус" (С)	"общение" (О)	"общая активность" (Д)	"творческая активность" (ДР)	"социальная полезность" (ОД)	Общественная направленность Ж+К+С+О	Рабочая направленность Д+ДР+ОД.
12/ 54,48%	12/ 109,08%	10/ 38,4%	20 /71,4%	10/ 41,6%	20/ 42,4%	20/ 62,4%	54	50

Интерпретация: некоторое преобладание общежитейской направленности, и, в то же время, сохранение высокой рабочей направленности.

**Таблица 4.4.6** – Результаты исследования по методу «Незаконченные предложения» (тест Сакса-Леви)

Отношение к отцу	Отношение к себе	Нереализованные возможности	Отношение к подчиненным	Отношение к будущему	Отношение к вышестоящим лицам	Страхи и опасения	Отношение к друзьям	Отношение к своему прошлому).	Отношение к лицам противоположного пола	Сексуальные отношения	Отношения к семье	Отношение к сотрудникам	Отношение к матери	Чувство вины
1	2	2	1	2	1	2	1	2	x	x	0	0	1	2

Интерпретация: 2 балла свидетельствуют о серьезных расстройствах и необходимости. работы над эмоциональным конфликтом в системе отношений к себе, будущему, прошлому, сожалении о нереализованных возможностях, страхах и опасениях, и чувстве вины.

Требуется помощь психотерапевта.

1 балл. Небольшие расстройства (1 балл) отмечены в отношениях к родителям, друзьям и другим лицам. То есть, имеется эмоциональный конфликт в этой области, но есть возможность его устранения без помощи психотерапевта.

Нет заметных расстройств (0 баллов) в области отношений к семье и сотрудникам.

Для суждения об отношениях к противоположному полу и сексуальным отношениям получено недостаточно сведений (x баллов).

### Клиническое наблюдение 2

Группа 2 (работающая), психотерапевтическая подгруппа 2

Эпикриз № 91

Больная Ц-к Елена Степановна, 65 лет.

**ИЗ АНАМНЕЗА** Данных о наследственной отягощенности психическими заболеваниями нет. Родилась и развивалась без патологии. Росла здоровым ребенком.

Старшая из 2-х сестер. Воспитывалась в полной семье рабочих, в стесненных жилищных и материальных условиях. Рано была приучена к физическому труду и заботе о младшей сестре. По характеру формировалась активной, общительной, целеустремленной, с развитым чувством ответственности и долга. Училась хорошо. Получила высшее экономическое образование. Работает риэлтером в агентстве недвижимости. Проживает с мужем. Взрослый сын с семьей живет отдельно. Отношения в семье доброжелательные.

Из перенесенных заболеваний: в 1995 году перенесла сотрясение головного мозга. Лечилась стационарно в неврологическом отделении. С 1995 года страдает гипертонической болезнью. Принимает гипотензивные препараты.

В 2012 году, на фоне повышенных нагрузок в семье и на работе, угрозы увольнения, стала плаксивой, раздражительной, отмечала нарушение сна. Однократно был приступ сильной головной боли, когда, со слов мужа: "Металась, кричала, не понимала, где она находится". Скорой помощью была доставлена в БСМП, где наличие неврологической патологии было исключено и рекомендовано обращение к психиатру. С 15.06.2012г по 23.08.2012г лечилась стационарно в СКПБ №1 с диагнозом: "Кратковременная тревожно-депрессивная реакция в связи с нарушением адаптации». После выписки периодически обращалась к психиатру в связи с астеническими состояниями на фоне увеличения рабочей нагрузки и отсутствия отпусков (отпуска брала неохотно в связи со страхом потери дохода), получала курсовую терапию ноотропными препаратами и состояние стабилизировалось, продолжала трудиться в прежнем режиме. В декабре 2018г, вновь почувствовала снижение продуктивности в работе, быструю утомляемость, нарушение сна с трудным засыпанием и частыми ночными пробуждениями, появились головные боли, головокружение, перепады настроения, раздражительность, тревога и страх потерять работу. Обратилась за помощью к ГПД и была направлена в дневной стационар.

Сомато-неврологический анамнез - ЧМТ в течении последнего года отрицает.

Аллергологический анамнез - не отягощен.

Эпидемиологический анамнез - За последние три недели: Лихорадки, кожной сыпи, респираторных инфекций не отмечалось. В контакте с инфекционными

больными не была. Дисфункцию кишечника отрицает. Менингиты, энцефалиты, менингоэнцефалиты, туберкулез, венерические заболевания, малярия, инфекционный гепатит, тиф - у себя и ближайшего окружения отрицает.

Страховой анамнез - На листке нетрудоспособности в течение последнего года не была. Работает риэлтером в агентстве недвижимости ООО «Аякс-Риэлт». Листок нетрудоспособности открыт с 10.01.2018 г. впервые в текущем году.

**СОСТОЯНИЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ** Жалобы на тревогу, страх за свое будущее, головокружение, метеозависимость, неустойчивость АД, раздражительность, головные боли, слабость, утомляемость, рассеянность.

На приеме самостоятельно. Внешне опрятна. Расположена к общению, охотно делится переживаниями. Сбивчиво рассказывает о своем самочувствии и проблемах на работе. Актуализирует страх потерять работу и остаться без достаточного финансового обеспечения. Во время беседы обнаруживает истощаемость внимания. Речь протекает в ускоренном темпе, сбивчивая, испытывает трудности в подборе слов для описания своего состояния, выражена алексетимия. Фиксирована больше на телесных ощущениях, ипохондрична, вербализация эмоций и чувств затруднена. Фон настроения снижен. Эмоциональные реакции поверхностные, лабильные, склонна к конденсации негативного аффекта, обидчива. Выражена ситуативная тревожность, низкая фрустрационная толерантность и снижение адаптационных возможностей. Мышление последовательное, с элементами инертности, ригидности. Мнестические и интеллектуальные способности без грубых нарушений. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не продуцирует. Суицидальной и антисоциальной настроенности не выявлено. Критично относится к своему состоянию. Настроена на лечение в дневном стационаре.

10.01.2018 г. Охотно согласилась участвовать в клинико-психопатологическом исследовании. Подписала информированное согласие, ознакомилась с информацией для пациента, получила комплект бланков по методикам исследования. На следующий день (11.01.2018 г.) получила разъяснение по возникшим вопросам и вернула заполненные анкеты.

**В ОТДЕЛЕНИИ** Первое время пациентка была тревожна, суетлива, стремилась

к общению, нуждалась в постоянном присутствии кого-либо, утешении и ободрении. Сообщала, что пребывание в одиночестве усиливает тревогу, «неопределенный страх». Охотно делилась переживаниями по поводу снижения трудоспособности, возможной потери работы. Была фиксирована на своих переживаниях и не видела возможных путей дальнейшей адаптации. Наблюдалась астеническая симптоматика и явления эмоциональной неустойчивости. В ходе проводимого лечения явления эмоциональной лабильности редуцировались, фон настроения постепенно выравнился, акцент в жалобах сместился в сторону попыток разобраться в собственных психологических проблемах. Доминирует психастеническая симптоматика. Субъективно отмечает успокоение, появление привычного настроения, активности в быту, желание к общению. Довольна ночным сном, появлением аппетита.

**ОБСЛЕДОВАНИЯ - НЕВРОЛОГ:** от 29.01.18г. Начальные явления дисциркуляторной энцефалопатии гипертонического, атеросклеротического генеза с вазомоторной цефалгией. Дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника с преимущественным поражением шейного и грудного отделов, хроническое рецидивирующее течение, стадия ремиссии. Спондилогенная цервикобрахиалгия.

**ТЕРАПЕВТ:** от 15.01.18г. Гипертоническая болезнь 1 ст, риск 1. ЭКГ от 17.01.18г. Синусовый ритм 65 в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. ЭЭГ: от 17.01.18г. Умеренно выраженные, диффузные изменения БЭА головного мозга. Типичной эпилептической активности не выявлено.

**ПСИХОЛОГ:** от 23.01.18г. в процессе исследования выявляется эмоциональная лабильность, личностная и ситуационная тревожность, ощущение психологического дискомфорта, сосредоточенность на своих проблемах, снижение контроля над поведенческими реакциями; легкие депрессивные проявления; астенизация, ипохондричность; неустойчивость произвольного внимания; мышление без значимых структурных нарушений; снижение адаптивных способностей.

**ГИНЕКОЛОГ:** от 22.01.18г. Клиника "Солнечная". Подострый дрожжевой вульвовагинит клинически. Опущение задней стенки влагалища 1ст. Миома матки, регресс.

Кровь на сифилис МРП от 19.01.2017г: отрицательная. Анализ крови от



17.01.2018г: Лейкоциты (WBC): 5,3; Эритроциты (RBC): 4,40; Гемоглобин (HGB): 136; Гематокрит (HCT): 0,404; MCV: 91,8; MCH: 30,9; MCHC: 337; Тромбоциты (PLT): 205; LYM%:0,384; MXD%: 0,124; NEUT%: 0,492; Средний объем тромбоцитов (MPV): 10,6; СОЭ: 8,0; Биохимический анализ крови от 17.01.2018г: Общий билирубин 5,0 ммоль/л; Глюкоза: 4,34 ммоль/л. Холестерин: 5,5 ммоль/л; Анализ мочи от 17.01.2018г: BIL:- neg; BLD:-neg; Прозрачность: полная; Цвет (COL): Солом.желтая; Ацетон (KET):- neg; LEU:- neg; NIT:- neg; Белок (PRO):- neg; Удельный вес (S.G): 1,005; Уробилин (URO):normal; р.Н: 5,5; Анализ от 19.01.2018г дифтерийная палочка: не обнаружена; энтеропатогенные микроорганизмы: не обнаружены. Анализ кала на я/глист от 19.01.2018г: не обнаружены.

**ПРОВЕДЕНО ЛЕЧЕНИЕ** - Магnezия 5 мл в/в, хлорид натрия 0,9% 200 мл внутривенно капельно № 10, Мельдоний 5 мл внутривенно № 10, Кортексин 10 мг внутримышечно 1 раз в день № 10, Этилметилгидроксипиридина сукцинат (нейрокс) 5 мл внутримышечно 1 раз в день 10 дней. Алимемазин (тералиджен) 5 мг 2 раза в сутки, Агомелатин (вальдоксан) 25 мг на ночь, Аминофенилмасляная кислота (фенибут) 250 мг 3 раза в день.

За время пребывания в стационаре пациентка посещала ежедневные сеансы релаксации с элементами аутогенной тренировки, приняла участие в групповом психотерапевтическом тренинге «7 ступеней адаптации».

**СОСТОЯНИЕ ПРИ ВЫПИСКЕ** Жалоб не предъявляет. На вопросы отвечает по существу. Сообщает, что «чувствует себя лучше», но обеспокоена предстоящим возвращением на работу. Выражает твердое намерение продолжить трудовую деятельность. Суждения последовательные, логичные. Признаков расстройства восприятия нет. Бредовых идей не высказывает. Фон настроения постепенно выравнивается. Внимание неустойчивое, тугоподвижное. Мышление с инертностью, ригидностью. Память не нарушена.

**Рекомендовано** Продолжить ПТ и медикаментозное лечение: Агомелатин 25 мг 21-00, Алимемазин 5 мг 9-00, 14-00, курсовая терапия ноотропами и цереброваскулярными препаратами. Лечение у невролога, терапевта территориальной поликлиники.

**ДИАГНОЗ** - F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации. Астенический синдром.

**DS сопутствующий:** 167.8; M42.1; I 11 Дисциркуляторная энцефалопатия 1 стадии гипертонического, атеросклеротического генеза с легко выраженным вестибуло-атактическим синдромом, вазомоторной цефалгией. Дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника с преимущественным поражением шейного и грудного отделов, хроническое рецидивирующее течение, стадия ремиссии. Спондилогенная цервикобрахиалгия. Гипертоническая болезнь 1 ст, риск 1.

Результаты проведенного клинико-психопатологического исследования на момент поступления в стационар (Таблицы 4.4.7-4.4.11; Рисунок 4.4.2):

**Таблица 4.4.7** – Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (тест Яхина-Менделевича)

Ф.И.О.	Возраст (годы)	Шкала тревоги	Шкала невротической депрессии	Шкала астении	Шкала истерического типа реагирования	Шкала обсессивно-фобических нарушений	Шкала вегетативных нарушений	Результат. Выражена тревога, невротическая депрессия, астения, вегетативные нарушения
Ц-к Е.С.	65	-3,39	-2,53	-5,2	1,99	2,7	-6,42	

Интерпретация:

- выражена **тревожность**.

Характеризуется снижением порога возбуждения в отношении стимулов, вызывающих тревогу; имеются признаки беспокойства, неуверенности при общении, плохая переносимость ожидания, нетерпеливость, непоседливость, нерешительность.

- выражена **невротическая депрессия**.

Характеризуется симптомами сниженного настроения, не достигающие степени тоски, чувство безрадостности, но без экстраполяции этого ощущения на будущее, ослабление тонуса и энергии, ограничение контактов с окружающими и снижение интересов.

- выражена **астения**.

Психическая и физическая гиперестезия (повышенная чувствительность, болезненно повышенная возбудимость чувств), быстрая утомляемость, снижение работоспособности, раздражительность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность (неустойчивость), нарушение внимания.

- выражены **вегетативные нарушения**.

Характеризуется неустойчивостью сосудистого тонуса, снижением аппетита, нарушением сердечно-сосудистой деятельности, желудочно-кишечными расстройствами, нарушением терморегуляции, нарушением сна, головными болями.

**Таблица 4.4.8** – Результаты исследования по тестам: алекситимия, стрессоустойчивость, копинг-стратегии, психогеометрический тест

Алекситимия	Стрессоустойчивость	Копинг-стратегии			Психогеометрический тест С. Деллингер
		А. когнитивные	Б. Эмоциональные	В. Поведенческие	
72 риск	244 Пороговая	О – Игнорирование	О – Пассивная кооперация	О- Отвлечение	Фигура на первом месте - квадрат

Интерпретация: пороговой стрессоустойчивостью, относительно продуктивным копингом, риском по развитию алекситимии, выбор квадрата на первом месте свидетельствует об определенном трудолюбии, выносливости, терпении и эрудированности в своей области. При этом невротизации могут способствовать нерешительность, консерватизм, сопротивление новому, боязнь риска.

**Таблица 4.4.9** – Результаты исследования по тесту «Индекс жизненного стиля Келлермана-Плутчика»

Вытеснение Пассивная диспозиция	Регрессия – диспозиция психопатии	Замещение - Агрессивная диспозиция	Отрицание - Диспозиция истерий	Проекция - Параноидальная диспозиция.	Компенсация- Депрессивная диспозиция.	Гиперкомпенсация - Диспозиция мании	Рационализация Обсессивная диспозиция	Степень напряженности Защиты (СНЗ).
7/ 58,331%	4/ 40%	5/ 35,71%	3 24,999%	0	11/ 84,612	3/ 23,076%	8/ 80%	41

Интерпретация: на первом месте стоит компенсация, что говорит о депрессивной симптоматике, присущей невротическим расстройствам. На последнем – проекция. На втором и третьем месте стоит рационализация и вытеснение.

Степень напряженности психологических защит немного выше среднего уровня.



**Рисунок 4.4.2** – Индивидуальный профиль пациентки Ц-к Е.С.

**Таблица 4.4.10** – Результаты исследования по методике «Диагностика мотивационной структуры личности»

Шкалы							Направленность личности	
"поддержание жизнеобеспечения" (Ж),	"комфорт" (К)	"социальный статус" (С)	"общение" (О)	"общая активность" (Д)	"творческая активность" (ДР)	"социальная полезность" (ОД)	Общезитейская направленность Ж+К+С+О	Рабочая направленность Д+ДР+ОД.
14/ 63,56%	13/ 118,17%	18/ 69,12%	17/ 60,69%	13/ 54,08%	21/ 65,52%	17/ 53,04%	62	51

Интерпретация: некоторое преобладание общежитейской направленности, и, в то же время, сохранение высокой рабочей направленности.

**Таблица 4.4.11** – Результаты исследования по методу «Незаконченные предложения» (тест Сакса-Леви)

Отношение к отцу	Отношение к себе	Нереализованные возможности	Отношение к подчиненным	Отношение к будущему	Отношение к вышестоящим лицам	Страхи и опасения	Отношение к друзьям	Отношение к своему прошлому).	Отношение к лицам противоположного пола	Сексуальные отношения	Отношения к семье	Отношение к сотрудникам	Отношение к матери	Чувство вины
2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	2	1	1	2

Интерпретация: 2 балла свидетельствуют о серьезных расстройствах и необходимости работы над эмоциональным конфликтом в системе отношений к семье, к отцу и чувству вины. Требуется помощь психотерапевта.

Небольшие расстройства (1 балл) отмечены в отношениях к себе, к матери, друзьям и другим лицам. Некоторые опасения в отношении будущего и сожаления о нереализованных возможностях. То есть, имеется эмоциональный конфликт в этой области, но есть возможность его устранения без помощи психотерапевта.

Нет заметных расстройств (0 баллов) в области отношений к противоположному полу и сексу.

### Клиническое наблюдение 3

Группа 2 (работающая), психотерапевтическая подгруппа 3

Клиническое наблюдение № 78.

Б-а Алла Аркадьевна, 73 года Работает на общественных началах

**ИЗ АНАМНЕЗА** Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Отец страдал заболеваниями сердца и сосудов, мать страдала онкозаболеванием. Родилась без патологии. Вторая из двойни. В умственном и физическом развитии не отставала. Находилась на грудном вскармливании до 1 года. Росла слабым болезненным ребенком, часто болела простудными заболеваниями, перенесла корь, эпидемический паротит, ветряную оспу. ДДУ не посещала, была привязана к матери, тяжело переносила даже непродолжительную разлуку. Мать характеризует, как тревожную,

гиперопекающую. Вместе с братом воспитывалась в полной дружной семье в атмосфере гиперопеки. Мать - педагог, отец директор завода. В школу пошла с 7-ми лет. Училась отлично. По характеру формировалась активной, деятельной, трудолюбивой, с повышенным чувством ответственности и долга. Окончила университет, исторический факультет. Работала преподавателем истории до 55-ти лет, затем продолжила работу на общественных началах ведущей исторического клуба при синагоге.

Замуж вышла в возрасте 30-ти лет. Родила сына. Муж выпивал. Через 5 лет состоялся развод. Проживала с сыном и мамой. Мама часто болела. Сообщает, что всегда переживала за мать, сына, брата, работу и т.д., жила с ощущением, что «должны случиться какие-то неприятности», эмоционально реагировала на звонки и любую негативную информацию «впадала в панику».

Состояние здоровья ощутимо изменилось в 2005 году, после смерти матери. Начало повышаться АД до 200/100 мм.рт.ст. Прошла всестороннее обследование - была диагностирована, гипертоническая болезнь, артрит, артроз, нарушение толерантности к глюкозе. Принимает гипогликемические препараты, гипотензивные препараты, эпизодически нестероидные противовоспалительные. Психическое состояние значительно ухудшилось 1 год назад, после конфликта с невесткой, повлекшего прекращение контактов с внуками и более редкое общение с сыном. В этот же период получила информацию о возможном в скором времени сокращении ее должности. С этого времени стойко снизилось настроение, нарушился сон, стала тревожной, мнительной, плаксивой, обидчивой, раздражительной, актуализировались страхи болезней и смерти. Самостоятельно обратилась за помощью в ДО СПб №7 и была направлена на лечение в дневной стационар.

**Сомато-неврологический анамнез** - ЧМТ в анамнезе отрицает. ЧМТ в течении последнего года отрицает.

**Аллергологический анамнез** - не отягощен.

**Эпидемиологический анамнез** - За последние три недели: Лихорадки, кожной сыпи, респираторных инфекций не отмечалось. В контакте с инфекционными больными не был(а). Дисфункцию кишечника отрицает. Менингиты, энцефалиты,

менингоэнцефалиты, туберкулез, венерические заболевания, малярия, инфекционный гепатит, тиф - у себя и ближайшего окружения отрицает.

**Страховой анамнез** - На листке нетрудоспособности в течение последнего года не был(а). Пенсионерка по возрасту. Работает на общественных началах ведущей исторического клуба при синагоге.

**СОСТОЯНИЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ** Жалобы на трудное засыпание, частые ночные пробуждения, ранние пробуждения, беспокойство, тревогу, напряжение, мрачные мысли и предчувствия, невроз ожидания, страх за свое здоровье, за родных и близких.

На приеме самостоятельно. Внешне опрятна. Приветлива, доброжелательна, расположена к общению, охотно делится переживаниями. Речь протекает в ускоренном темпе, сбивчивая. Во время беседы заметно волнуется, совершает множество мелких движений, часто вздыхает, при аффективном напряжении обнаруживает явления вегетативной дисфункции: гиперемии кожных покровов, гипергидроз, тахипноэ. Внимание неустойчивое, истощаемое. Фиксирована на собственных телесных ощущениях и их интерпретировании, ипохондрична. Предполагает наличие у себя "тяжелого заболевания". Фон настроения неустойчивый, с преобладанием сниженного. Эмоциональные реакции поверхностные, лабильные. Мышление с элементами инертности, ригидности. Память и интеллект без выраженных нарушений. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не продуцирует. Суицидальной и антисоциальной настроенности не выявлено.

2.07.2018 г. Охотно согласилась участвовать в клинко-психопатологическом исследовании. Подписала информированное согласие, ознакомилась с информацией для пациента, получила комплект бланков по методикам исследования. На следующий день (3.07.2018 г.) получила разъяснение по возникшим вопросам и вернула заполненные анкеты.

**В ОТДЕЛЕНИИ** Первое время держалась обособленно, избегала общения, была погружена в свои переживания, окружающим не интересовалась. Оживление вызывали только беседы с врачом, обсуждение результатов обследований и лабораторных анализов. Преобладал сниженный фон настроения, выраженная тревога о будущем с

соматоформной симптоматикой, усиливающей тревожно-ипохондрический радикал. Преобладали депрессивные эмоциональные реакции – плаксивость, раздраженность, недовольство родными, собой и собственной жизненной ситуацией. В ходе медикаментозного и психотерапевтического лечения уменьшилась тревожная симптоматика, купированы ипохондрические и навязчивые ее проявления, стабилизировалась аффективная сфера, фон настроения стал ровный, устойчивый. Нормализовался сон. Сформировались конструктивные планы по урегулированию семейного конфликта и сохранению занятости в случае утраты работы.

**ОБСЛЕДОВАНИЯ - НЕВРОЛОГ:** от 04.07.18г. На момент осмотра неврологической патологии не выявлено.

**ТЕРАПЕВТ:** от 18.07.18г. Гипертоническая болезнь 2 ст риск 2. ХСН 1. Хронический панкреатит, ремиссия.

**ЭКГ** от 02.07.18г. Синусовый ритм 62 в минуту. Нормальное положение ЭОС. Умеренные изменения в миокарде. P-0,12с; PQ-0,20с; QRS-0,07с; QT-0,40с.

**ЭЭГ** от 03.07.18г. Легкие изменения БЭА мозга регуляторного характера. Эпиактивности не выявлено.

**ПСИХОЛОГ:** от 13.08.18г. в результате данного исследования выявлено: признаки инертности, неустойчивость темпа психической деятельности, лабильность эмоциональных проявлений; ослабление свойств механической памяти, неустойчивость произвольного активного внимания; мышление без значимых структурных нарушений; пассивность; субклинический уровень тревоги и депрессии; трудности социальной адаптации.

**ГИНЕКОЛОГ:** от 17.07.18г. СПб №7. Миома матки.

Кровь на сифилис МРП от 05.07.2018г: отрицательная. Анализ крови от 20.07.2018г: Лейкоциты (WBC): 7,6; Эритроциты (RBC): 3,97; Гемоглобин (HGB): 116; Гематокрит (HCT): 0,349; MCV: 87,9; MCH: 29,2; MCHC: 332; Тромбоциты (PLT): 331; LYM%:0,290; MXD%: 0,116; NEUT%: 0,594; Средний объем тромбоцитов (MPV): 11,7; СОЭ: 12,0; Биохимический анализ крови от 03.07.2018г: Общий билирубин 7,0ммоль/л; Глюкоза: 5,86 ммоль/л. Холестерин: 3,9 ммоль/л; . Анализ мочи от 03.07.2018г: ВIL:-neg; BLD:-neg; Прозрачность: полная; Цвет (COL): Солом.желтая; Ацетон (KET):- neg;



LEU:- neg; NIT:- neg; Белок (PRO):- neg; Удельный вес (S.G): 1,010; Уробилин (URO):normal; р.Н: 5,5; Анализ от 06.07.2018г дифтерийная палочка: не обнаружена; энтеропатогенные микроорганизмы: не обнаружены. Анализ кала на я/глист от 03.07.2018г: не обнаружены.

**ПРОВЕДЕНО ЛЕЧЕНИЕ** — Магnezия 5 мл в/в , хлорид натрия 0,9% 200 мл внутривенно капельно № 10, Мельдоний 5 мл внутривенно № 10, Кортексин 10 мг внутримышечно 1 раз в день № 10, Этилметилгидроксипиридина сукцинат 125 мг 3 раза в день Агомелатин (вальдоксан) 25 мг на ночь, Гдроксизин 25 мг на ночь внутрь, Тофизопам (грандаксин) 50 мг 3 раза в день внутрь.

За время пребывания в стационаре пациентка посещала ежедневные сеансы релаксации с элементами аутогенной тренировки, приняла участие в групповом психотерапевтическом тренинге «7 ступеней адаптации».

**СОСТОЯНИЕ ПРИ ВЫПИСКЕ** Жалобы на неуверенность в себе, страх "не справиться с жизненными задачами".

На приеме самостоятельно. Ориентирована во всех видах полностью. Внешне опрятна, в поведении упорядочена. В беседе высказывает твердое намерение вернуться к прежней бытовой активности. Признаков расстройства восприятия нет. Бредовых идей не высказывает. Мышление последовательное. Фон настроения ровный, устойчивый. Суицидальных намерений не выявлено. По шкале Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) 6 баллов.

**Рекомендовано** наблюдение и поддерживающее лечение у психиатра по месту жительства, продолжить занятия с психотерапевтом, продолжить прием: Гидроксизин 25 мг на ночь, Тофизопам 50 мг 3 раза в день, Агомелатин 25 мг на ночь.

**ДИАГНОЗ** - F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации. Астенический синдром.

**DS сопутствующий:** I11.0; K86.1. Гипертоническая болезнь 2 ст риск 2. ХСН 1. Хронический панкреатит, ремиссия.

Результаты проведенного клинико-психопатологического исследования на момент поступления в стационар (Таблица 4.4.12 - 4.4.16; Рисунок 4.4.3):

**Таблица 4.4.12** – Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (тест Яхина-Менделевича)

Ф.И.О.	Возраст (годы)	Шкала тревоги	Шкала невротической депрессии	Шкала астении	Шкала истерического типа реагирования	Шкала обсессивно-фобических нарушений	Шкала вегетативных нарушений	Результат. Выражена тревога, невротическая депрессия, вегетативные нарушения
Б-а А.А.	73	-3,84	-3,23	-0,95	3,26	1,81	-2,49	

Интерпретация:

- выражена **тревожность**.

Характеризуется снижением порога возбуждения в отношении стимулов, вызывающих тревогу; имеются признаки беспокойства, неуверенности при общении, плохая переносимость ожидания, нетерпеливость, непоседливость, нерешительность.

- выражена **невротическая депрессия**.

Характеризуется симптомами сниженного настроения, не достигающие степени тоски, чувство безрадостности, но без экстраполяции этого ощущения на будущее, ослабление тонуса и энергии, ограничение контактов с окружающими и снижение интересов.

- выражены **вегетативные нарушения**.

Характеризуется неустойчивостью сосудистого тонуса, нарушением сердечно-сосудистой деятельности, нарушением терморегуляции, нарушением сна, головными болями.

**Таблица 4.4.13** – Результаты исследования по тестам: алекситимия, стрессоустойчивость, копинг-стратегии, психогеометрический тест

Алекситимия	Стрессоустойчивость	Копинг-стратегии			Психогеометрический тест С. Деллингер
		А. когнитивные	Б. Эмоциональные	В. Поведенческие	
59 не алексетим.	123 Высокая	О – Придача смысла	П – Оптимизм	П – Сотрудничество	Фигура на первом месте - круг

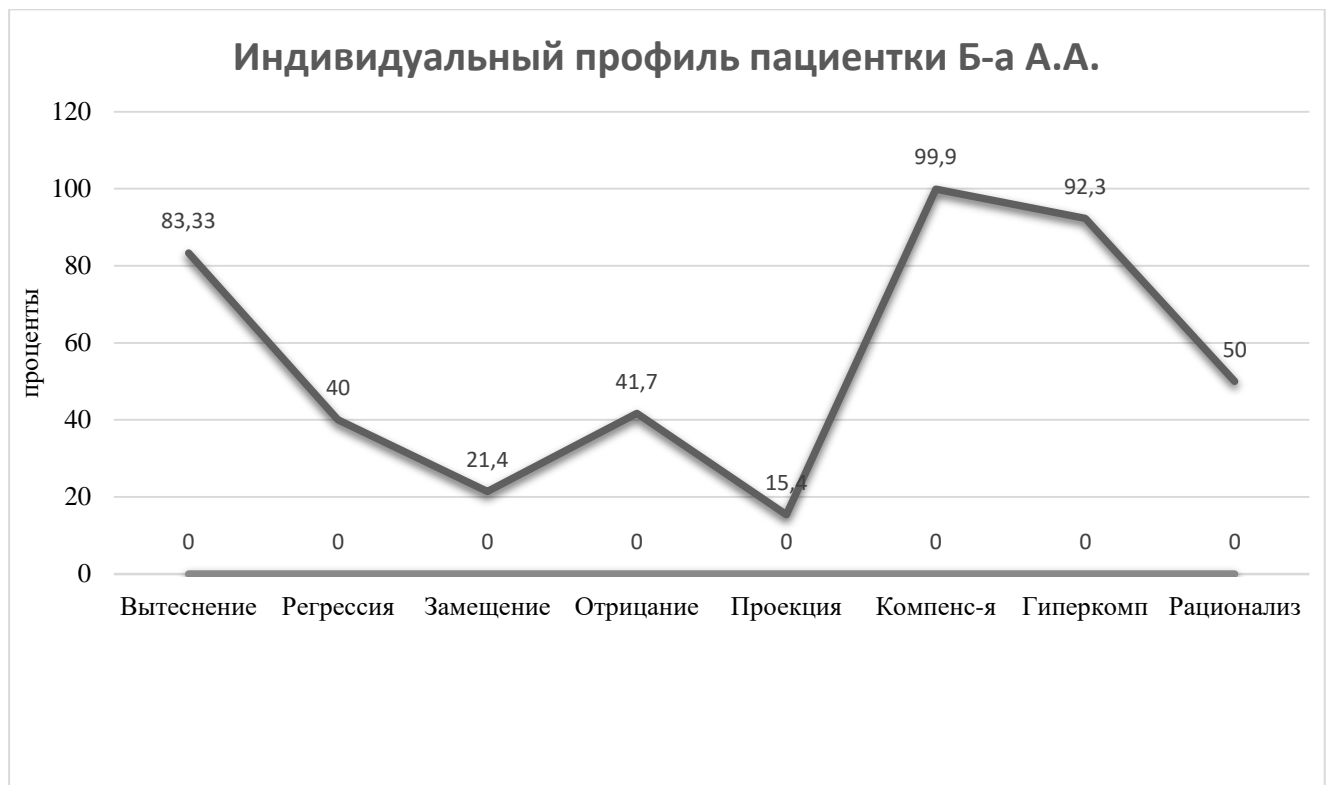
Интерпретация: отсутствие алекситимии, относительно высокая стрессоустойчивость, достаточно продуктивный копинг, выбор круга на первом месте

свидетельствует о доброжелательности, деликатности, бесконфликтности, но при этом наблюдается нерешительность, зависимость от мнения окружающих.

**Таблица 4.4.14** – Результаты исследования по тесту «Индекс жизненного стиля Келлермана-Плутчика»

Вытеснение Пассивная диспозиция	Регрессия – диспозиция психопатии	Замещение – Агрессивная диспозиция	Отрицание – Диспозиция истерии	Проекция – Параноидальная диспозиция.	Компенсация- Депрессивная диспозиция.	Гиперкомпенсация – Диспозиция мании	Рационализация Обсессивная диспозиция	Степень напряженности Защиты (СНЗ).
10/ 83,33%	4/ 40%	3/ 21,426%	5/ 41,665%	2/ 15,384%	13/ 99,996%	12/ 92,304%	5/ 50%	54

Интерпретация: на первом месте стоит компенсация, что говорит о депрессивной симптоматике, присущей невротическим расстройствам. На последнем – проекция. На втором и третьем месте стоит гиперкомпенсация (реактивные образования) и вытеснение. Степень напряженности психологических защит выше среднего уровня.



**Рисунок 4.4.3** – Индивидуальный профиль МПЗ пациентки Б-а А.А.

**Таблица 4.4.15** – Результаты исследования по методике «Диагностика мотивационной структуры личности»

Шкалы							Направленность личности	
"поддержание жизнеобеспечения" (Ж),	"комфорт" (К)	"социальный статус" (С)	"общение" (О)	"общая активность" (Д)	"творческая активность" (ДР)	"социальная полезность" (ОД)	Общежитейская направленность Ж+К+С+О	Рабочая направленность Д+ДР+ОД.
10/45,4%	5/45,45%	19/72,96%	20/71,4%	18/74,88%	27/84,24%	23/71,76%	54	68

Интерпретация: преобладание рабочей направленности, и, в то же время, сохранение общежитейской направленности достаточно высокого уровня.

**Таблица 4.4.16** – Результаты исследования по методу «Незаконченные предложения» (тест Сакса-Леви)

Отношение к отцу	Отношение к себе	Нереализованные возможности	Отношение к подчиненным	Отношение к будущему	Отношение к вышестоящим лицам	Страхи и опасения	Отношение к друзьям	Отношение к своему прошлому).	Отношение к лицам противоположного пола	Сексуальные отношения	Отношения к семье	Отношение к сотрудникам	Отношение к матери	Чувство вины
0	0	1	0	1	1	2	1	0	0	1	1	0	0	2

Интерпретация: 2 балла свидетельствуют о серьезных расстройствах и необходимости работы над эмоциональным конфликтом в сфере страхов, опасений и чувства вины. Требуется помощь психотерапевта.

Отсутствие (1 балл) ярко выраженных проблем в области других ценностей, то есть, имеется эмоциональный конфликт в этой области, но есть возможность его устранения без помощи психотерапевта.

Нет заметных расстройств (0 баллов) в области отношений к родителям, к себе, к сотрудникам, противоположному полу, сексу.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги проделанной работы, можно сделать следующее заключение:

1. Актуальность темы диссертационной работы связана с проблемой изучения невротических расстройств в контексте сохранения трудоспособности в пожилом возрасте.

Правительство РФ в 2016 г. приняло «Стратегию действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» [7]. Одной из основных задач Стратегии признано совершенствование системы охраны здоровья граждан старшего поколения, которое должно ложиться на плечи врачей-гериатров. Однако, как отмечают О. В. Краснова, И. В. Малофеев (2011), О. В. Краснова (2012), И. Я. Гурович (2014), имеющийся недостаток кабинетов и гериатрических отделений в поликлиниках и многопрофильных стационарах делает помощь пожилым мало доступной [70, 131, 132].

При этом С. Ouwehand (2007), И. А. Прилепский (2012), G. Graffigna et al. (2014), и многие другие отечественные и зарубежные авторы считают целью работников медико-социальных служб (гериатров, геронтологов, социальных педагогов и геронтопсихологов) не просто увеличение продолжительности жизни «любой ценой», но достижение активной старости, удлинение периода работоспособности и оптимального состояния здоровья [203, 323, 367, 380, 389, 401, 404].

Для современной цивилизации одной из социальных и медицинских проблем является увеличение в популяции числа пожилых лиц и ростом среди них числа психических расстройств [60, 191]. В то же время по численности преобладают пограничные расстройства [282, 375], однако данные по их распространенности противоречивы: по данным В. Д. Карвасарского (2011) на долю ППР приходится 20,8% среди всех психических заболеваний пожилого населения [110, 111]; А. Г. Соловьев (2016) приводит цифры увеличения доли невротических и

соматоформных расстройств до 32,2 % и расстройств личности до 4,2 % [219]. E. W. Busse (1960) отмечает, что только 40% пожилых свободны от невротических расстройств [286].

В работе И.А. Митихиной с соавт. (2013) приводятся официальные данные по НПР населения России в период 1992 - 2010 годов. Отмечено возрастание показателей НПР, достигающее к 2010 г. 51,3% от всех психических заболеваний и около 75% в их структуре [168]. Однако выявляемость НПР среди населения не более 10% [28]. Таким образом трудно судить о реальной заболеваемости НПР. Анализ изученной литературы показывает, что до настоящего времени существуют противоречивые точки зрения на распространенность и заболеваемость невротическими расстройствами. Также отмечена тенденция к повышению заболеваемости пограничными психическими расстройствами, в отличие от «чистых» неврозов<sup>4</sup>.

Теоретический анализ литературы по проблеме невротических расстройств позволил установить, что само понятие не имеет однозначной трактовки в современной науке. Из множества определений следует, что невротические расстройства (НР) составляют группу психогенно обусловленных болезненных состояний, характеризующихся парциальностью, ослаблением психической адаптации, связью с вегетативными нарушениями и тревожными расстройствами и другими многообразными клиническими проявлениями, не изменяющими самосознания личности и осознания болезни [20, 108, 145, 162, 236, 212].

Вместе с тем следует отметить, что особое значение лечение НР имеет для пенсионного периода, когда человек еще может сохранить профессиональную трудоспособность. Такие исследования могут явиться вкладом в выполнение «Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».

---

<sup>4</sup> Ломакина, Г. В. Проблемы периодизации постпенсионного периода жизни в контексте психотерапии невротических расстройств пациентов старшего поколения/ Г. В. Ломакина, Е. Ф. Чебагина, Я. А. Захарова-Манасон // Материалы международной научно-практической конференции и пятого российско-хорватского психиатрического симпозиума. – М., 2019 – С. 213-216.

В связи с вышеизложенным мы определили цель настоящей работы: выявление клинико-психопатологических характеристик женщин пенсионного возраста, страдающих невротическими расстройствами, не занимающихся профессиональной деятельностью и продолжающих трудиться.

2. В первой главе, посвященной обзору литературы, вначале рассматриваются вопросы старения и особенностей личности в после трудовой период позднего онтогенеза. Нами установлено, что нет единого мнения о развитии личности в старости, при этом отмечается недостаточная изученность этого периода, признаваемого одним из самых парадоксальных, чрезвычайно сложных и внутренне противоречивых периодов жизни человека.

К лицам, о которых нельзя сказать, что они молоды, применяют определения: пожилые, престарелые, старики, пенсионеры, люди старшего поколения, долгожители и т. д. Причем определения даются не всем этим дефинициям и окончательного разграничения между вышеперечисленными понятиями так и не произошло. Современные трактовки возрастных границ, согласно классификации ВОЗ, определяют пожилую возраст 60–74 годами, старческий - 75–90 лет и долголетие старше 90 лет. Однако Федеральным законом № 350-ФЗ от 3 октября 2018 года увеличен возраст выхода на пенсию и для мужчин, и для женщин на 5 лет. При этом границы в 65 и 60 лет нельзя считать четко установленными, так как страховая пенсия по старости может быть назначена досрочно.

В «Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» выделены возрастные группы граждан старшего поколения – 60-64 года, 65-80 лет и старше 80 лет. Причем группа 60-64 года определена как продолжающая осуществлять трудовую деятельность, то есть достаточно активная в экономическом и социальном плане.

Мы полагаем, что такие неопределенные дефиниции и неоднозначные подходы к возрастным периодам позднего онтогенеза позволяют нам в соответствии с поставленными целями диссертационной работы ориентироваться на Международную организацию труда, которая в категорию трудящихся включают людей в возрасте от 10 до 72 лет [140].

В динамике старения чаще делается акцент на негативных изменениях в интеллектуально-психической сфере, не придавая значения продуктивным моментам. Мы считаем заслуживающей самого пристального внимания концепцию старения, разработанную Е. В. Макушкиным и Л. Е. Пищиковой (2014), как благоприятного и нормативного процесса, при котором возможно не только сохранение психических функций, но и дальнейшее эволюционное развитие [155]. При неблагоприятном старении на первый план выходят травмирующие психологические факторы, формирующие острый внутриличностный конфликт и когнитивный диссонанс, при котором пожилые люди перестают принимать старость как продуктивную часть жизни [36, 253].

Психологический дискомфорт проявляется пониженным настроением, тревогой, депрессией, которые приводят к развитию «болезней стресса», то есть невротических расстройств [36, 130, 277, 290, 293].

Анализ проблемы старости и старения позволил сделать вывод, что в характеристиках периода старения прослеживаются признаки невротического расстройства, которым, на наш взгляд, уделяется недостаточно внимания.

2.1. Следующим вопросом обзора явилось рассмотрение особенностей диагностики невротических расстройств позднего возраста в психиатрии. Высокий разброс статистических показателей по распространенности ННР в пожилом возрасте, как считает А. В. Агейкин с соавт. (2019), может быть связан с недостаточной выявляемостью этих состояний, трудностью разработки единых диагностических критериев, различной методологией исследований [13].

По данным И. А. Мартынихина и Н. Г. Незнанова (2018), среди тревожных и связанных со стрессом расстройств чаще всего психиатры в нашей стране используют диагнозы смешанного тревожного и депрессивного расстройства и расстройства адаптации [157]. 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 [351, 359]. Скорее



всего, данная позиция основана на нормоцентрическом подходе к оценке психики человека [129].

Следует отметить полиморфность и неопределенность дифференциальной диагностики НР, входящих в рубрику F43.2 и необходимость изучения личностных характеристик пациентов в плане реализации принципа персонификации лечения. Для постановки диагноза по нозологической единице F43.22 необходимо установить сочетание отчетливо выраженных симптомов тревоги и депрессии и расстройство адаптации.

В практическом руководстве Б. Д. Карвасарского «Неврозы» (1990) в плане диагностики акцентируется внимание на том, что в пограничной психиатрии клинический метод «органически включает в себя клинко-психопатологический, клинко-психологический и клинко-социальный подходы» [108].

Реализуя данный подход нами в 2016 г. было проведено пилотажное исследование с участием 50 пациенток пенсионного возраста. При этом было доказано наличие статистически значимых отличий мотивационно-потребностной и эмоциональной сферы работающей группы от неработающей [142-144], что послужило основанием для продолжения изучения выявленного феномена и проведения настоящих исследований в русле психологической психиатрии, которая использует психологические знания, методологию и методы количественных и качественных измерений психической жизни в психиатрии [89].

2.2. В плане лечения НР можно констатировать, что фармакотерапия смешанной тревожно-депрессивной реакции пациентов пожилого возраста должна исходить из принципа комплексности, персонификации, минимизации побочных эффектов и учета современных рекомендаций. Психотерапия как ведущий метод лечения неврозов является необходимым компонентом терапии.

В целом по обзору литературы можно заключить:

- Период жизни после наступления пенсионного возраста изучен недостаточно, особенно в плане сохранения трудоспособности на базе имеющихся ресурсных возможностей личности.

- Не уточнены вопросы эпидемиологии НР в пожилом возрасте.

- Нет целостного представления о механизмах возникновения и развития НР в пенсионном периоде жизни.

- Не преодолены трудности дифференциальной диагностики нозологических единиц рубрики F4 – «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» по МКБ-10, в частности диагнозов рубрик F43.20 - F43.28.

- Отсутствуют стандарты оказания медицинской помощи по нозологической единице F43.22.

- Этиопатогенетические факторы НР позднего возраста требуют дальнейшего изучения.

Актуальность проблем геронтологической психиатрии свидетельствует о повышении ее роли и значения в здравоохранении. Мы согласны с мнением Ю.И. Полищук (2014), который считает, что в МКБ-11 необходимо ввести раздел «Психические и поведенческие расстройства, начинающиеся в позднем возрасте».

3. Материал и методы исследования представлены в главе 2.

Разработан дизайн исследования. Целью настоящего исследования явилось подтверждение гипотезы о влиянии фактора наличия или отсутствия трудовой деятельности на психопатологические характеристики пожилых женщин, больных НР. Для достижения цели были сформулированы следующие задачи:

1. Сформировать репрезентативную выборку.

2. Провести сравнительный анализ клинико-anamnestических характеристик работающих и не работающих женщин пенсионного возраста, находящихся на излечении в психиатрическом стационаре по поводу НР.

3. Выявить и сравнить психопатологические показатели для оптимизации лечения и определения мишеней психотерапии.

В основную группу были включены 200 женщин в возрасте от 55 до 75 лет. Выбор только женского контингента связан с тем, что по данным литературы, среди больных НР доминируют женщины в соотношении 8/1 [146]. Поддержание женского психического здоровья, во многом определяющего здоровье нации, является важной медицинской задачей, требующей согласованной работы специалистов различного профиля.

В рамках решения поставленных задач основная группа разделялась на две группы: 1 группа – пациентки, оставившие трудовую деятельность (n=106), 2 группа – пациентки, продолжающие трудиться (n=94).

Группы были сопоставимы по полу, возрасту, диагнозу заболевания, характеру и течению заболевания, манифестацией в связи со стрессовой ситуацией, связанной с наступившим или угрожающим выходом на пенсию.

На текущий момент для медицинских исследований нет четко установленной методологии определения минимально необходимого объема выборки, однако, для обеспечения достоверности полученных результатов — нами предварительно установлен необходимый объем выборки для двух несвязанных групп с помощью номограммы Альтмана [181], что составило 200 наблюдений.

Исследование проводилось с 2014 по 2019 годы на базе ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» МЗ Краснодарского края (ГБУЗ «СКПБ №1») в отделении невротозов и ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница № 7» диспансерное отделение дневной стационар.

Установлены критерии включения/невключения больных в исследование, форма информированного добровольного согласия и образец информации для пациента.

3.1. Нами разработана карта клинико-социального обследования, заполняемая в ходе первой встречи с пациентками. Сравнительный анализ социально-демографических показателей, выявленных в ходе обработки карт методом элементарной статистики показал:

- по уровню образования работающие женщины превосходят группы неработающих;

- взаимоотношения в семьях пациенток обеих групп почти в половине случаев нельзя считать гармоничными. Конфликтные взаимоотношения, непонимание и критика болезненного состояния женщин со стороны членов семьи отмечены чаще в семьях неработающих пациенток;

- как работающие, так и не работающие женщины отметили снижение материального достатка в пенсионном периоде;

- для всех женщин выборки основными стрессовыми факторами являлись страх материального обнищания и неуверенность в завтрашнем дне. У женщин работающей группы присоединялись конкуренция и конфликты на работе, а также угроза и страх безработицы;

- обращение за медицинской помощью к врачу-психиатру в первые месяцы после начала заболевания можно считать редкостью, особенно для женщин неработающей группы. Подавляющее большинство безрезультатно лечилось у врачей общей практики и целителей в течение нескольких лет.

Полученные данные показали необходимость учета социально-анамнестических характеристик пациенток пожилого возраста при выборе мишеней психотерапии в комплексе с психофармакотерапией НР, а также актуализируют проблему профилактики НР в контексте повышения культуры психического здоровья и своевременного обращения за психиатрической помощью.

3.2. В характеристику методов исследования мы посчитали важным включить особенности постановки диагноза F43.22 «Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации»

Нами отмечено отсутствие стандарта оказания медицинской помощи по данной нозологической единице и трудности диагностики за счет отсутствия объективных диагностических методов. Мы устанавливали диагноз по нозологической единице F43.22 на основании сочетания симптомов тревоги, депрессии и расстройства адаптации, учитывая при этом значимость стрессорного фактора для пациента и неспособность адаптироваться, нарушающее повседневное функционирование. Кроме того, мы оценивали тяжесть симптомов, анамнез и личностные особенности пациенток, а также временную связь между стрессовым событием и наступившим расстройством. Основным стрессовым событием для наших пациенток выступал кризис пенсионного возраста и проблемы сохранения или прекращения трудовой деятельности.

По результатам инструментальных методов диагностики нами отмечен постоянный неспецифический признак на ЭЭГ наших пациенток - десинхронизация.

Фармакотерапия назначалась исходя из принципа комплексности, персонификации, минимизации побочных эффектов и современных рекомендаций. Производился индивидуальный подбор психотропных препаратов (антидепрессанты, нейролептики и анксиолитики, ноотропные и сосудистые препараты, препараты для лечения диссомнии и др.) и назначался комплекс индивидуализированных психотерапевтических методик, разработанных в соответствии с типом пациента, установленным по данным психопатологических исследований. Следует отметить, что, хотя основным методом лечения неврозов является психотерапия, но до сих пор преобладают психофармакологические и физические методы их лечения, которые в большинстве случаев решают тактические, а не стратегические задачи

3.2.1. Далее описаны методики психопатологических исследований, отобранные нами по результатам анализа их применения в психиатрии: «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» (авторы - Яхин К. К., Менделевич Д. М.); Диагностика мотивационной структуры личности (Мильман В. Э.); Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (изучение механизмов психологической защиты - Life style index – LSI); Диагностика копинг-стратегий, предложенная Е. Heim; Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге; Торонтская Алекситимическая Шкала; Психогеометрический тест С. Деллингер (как проективный метод, способствующий установлению контакта); Метод «Незаконченные предложения» (тест Сакса-Леви).

Анализ данных литературы по психологическим особенностям пожилых пациентов, страдающих невротическими расстройствами, показал, что психодиагностические исследования таких пациентов необходимы как для дифференциальной диагностики, так и для определения успешности лечения. И хотя психодиагностика является вспомогательным методом, она помогает

уточнить личностные характеристики и эмоциональное состояние больного. Психодиагностика дает возможность врачу оценить тип характера, личностную зрелость, социальные и межличностные проблемы пациента, степень влияния психотравмирующих факторов и многое другое.

Для успешной работы с пожилыми людьми геронтопсихиатру важно иметь представление об особенностях характера, состоянии здоровья пациента, чтобы выстроить программу поддержки и лечения в каждом конкретном случае.

4. В главе 3 приведены результаты психопатологических исследований и обсуждение полученных данных.

- Оценка невротического статуса. Мы впервые применили Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина и Д. М. Менделевича для диагностики НР в пожилом возрасте. Установлено: результаты позднеговозрастных пациенток, продолжающих трудовую деятельность, по сравнению с пациентками, оставившими работу, характеризуется по шкале невротических состояний статистически значимо более низкими показателями тревоги, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений, и статистически значимо более высокими показателями по шкалам невротической депрессии и астении.

- Сравнительные исследования копинг-стратегий работающих и неработающих пациентов с НР в доступной нам литературе отсутствуют.

Исследование копинг-стратегий, проводимой по методике, предложенной E. Neim (тест Хайма борьбы со стрессом) показало, что когнитивных непродуктивных стратегий в работающей группе в три раза меньше, чем в неработающей; эмоциональных непродуктивных в 2 раза меньше, а поведенческих непродуктивных меньше всего на 12%. То есть, в плане непродуктивных поведенческих стратегий группы мало отличаются.

В обеих группах больше всего относительно продуктивных поведенческих копинг-стратегий, то есть поведение характеризуется стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью различных отвлекающих средств. Относительно продуктивных эмоциональных и когнитивных стратегий

придерживаются почти половина работающих и большинство неработающих пациенток.

Проведенное нами сравнение позволяет сделать вывод, что продуктивных и относительно продуктивных копинг-стратегий статистически больше у пациенток работающей группы. Этот факт безусловно может быть использовано в качестве ресурса восстановления психического здоровья.

- Исследование механизмов психологической защиты по методике Келлермана-Плутчека (Life style index – LSI) позволило установить наличие всего спектра изучаемых защитных механизмов у наших пациенток, что подтверждает мнение, высказанное ранее и другими авторами (Ташлыков В. А., 1997; Будза В. Г., Антохин Е. Ю., 2011; Верхотурцева Е. Е., 2018) о достаточно выраженных адаптивных возможностях у данного контингента больных.

По частоте использования у обеих групп на первом месте стоит компенсация, что говорит о депрессивной симптоматике, присущей невротическим расстройствам. На последнем – проекция. На втором и третьем месте у пациенток, оставивших работу стоит замещение и рационализация, а у работающих женщин – гиперкомпенсация (реактивные образования) и вытеснение.

Преобладание психологической защиты «реактивные образования», установленное в работе В. Г. Будзы и Е. Ю. Антохина [41], в нашем исследовании подтверждено только у работающих женщин и только после механизма «компенсация», которая преобладает у пациенток всей выборки.

Таким образом, в нашем исследовании установлено преобладание защиты «компенсация» у пациенток всей выборки, статистически меньшее использование механизмов психологической защиты в виде регрессии (диспозиция истерии) и замещения (агрессивная диспозиция) у работающей группы, а также меньшая степень напряженности защит. Напряженность всех защитных механизмов в изученной выборке не превышает 50 стандартных баллов.

Поскольку уровень психического здоровья личности в значительной степени зависит от того, какие меры психологической защиты она способна развить, чтобы противостоять стрессовому воздействию, мы считаем, что определение

конкретных способов психологической защиты должно стать отправным моментом в построении терапевтической работы с пациентками нашей выборки.

- Как видно из полученных результатов, алекситимичность, определяемая с помощью Торонтской Алекситимической шкалы (TAS), присуща более трети наших пациенток, а если учесть попавших в зону риска, результат удваивается. Алекситимический радикал несколько больше выражен у пациенток, оставивших трудовую деятельность. Однако статистически это не значимо, что не исключило учета нами алекситимичности при планировании лечения.

- Диагностика мотивационной структуры личности по методике В. Э. Мильмана, позволила выявлять некоторые устойчивые тенденции личности и, в частности, рабочую (деловую) и общежитейскую направленность наших пациенток, что соответствует целям настоящего исследования.

Нами установлено, что пациентки, продолжающие трудовую деятельность, по сравнению с пациентками, оставившими работу, характеризуются статистически значимо большей направленностью на общение, творческую активность и рабочую мотивацию.

- Исследование по методу «Незаконченные предложения» (тест Сакса-Леви), показало, что женщины работающей группы характеризуется статистически значимо менее оптимистичным отношением к будущему, к прошлому, к семье, к матери, к друзьям и сотрудникам, противоположному полу и большими сожалениями о нереализованных возможностях. По наличию «чувства вины», которое считается предиктором развития НР, различий в группах нами не установлено. Мы считаем данную эмоцию одинаково значимой для женщин выборки как причину возникновения НР.

По результатам нашего исследования видно, что личностные особенности пожилых пациентов с невротическими расстройствами в пенсионном периоде, имеют статистически значимые отличия у лиц, продолжающих профессиональную деятельность, от лиц, ее прекративших, что послужило основанием для определения «мишеней» психотерапевтического воздействия и разработки комплексного индивидуализированного подхода к лечению.



5. Глава 4 посвящена решению поставленной задачи 4 по разработке основных лечебно-психотерапевтических мер. Рассмотрены возможности оптимизации терапии поздновозрастных пациенток, страдающих невротическими расстройствами, в зависимости от уровня сопротивляемости стрессам. В связи с чем приведены результаты определения стрессоустойчивости и социальной адаптации по шкале Holmes-Rahe (Холмса и Раге), которые показали, что стрессоустойчивость работающих респондентов статистически выше, чем неработающих. Низкую стрессоустойчивость мы зафиксировали только у трети неработающих женщин и у 18% работающих. В основном установлена высокая и пороговая стрессоустойчивость, что является показателем ресурсных возможностей наших пациенток и учитывалась в персонифицированном подходе к терапии.

Выявленные в нашем исследовании 10 основных факторов риска развития стрессовых расстройств, оказались одинаково значимыми для обеих групп испытуемых. Среди этих факторов «неуверенность в завтрашнем дне, страх материального обнищания, угроза и страх безработицы» следует отнести к чисто социальным.

На основании результатов социально-анамнестических и психопатологических исследований при учете факторов риска и уровня сопротивляемости стрессам для целей психотерапевтического лечения выделены основные психотерапевтические мишени.

Разработан адаптационный тренинг «7 ступеней адаптации».

Произведено распределение пациенток выборки на основе ресурсных возможностей по схожести основных показателей на три подгруппы.

Первая подгруппа – пациентки, отличающиеся низкой стрессоустойчивостью, непродуктивным копингом, высоким уровнем алекситимии. В первой группе оказалось больше всего пациенток, оставивших трудовую деятельность (60%) и 22% пациенток, имеющих работу, причем хронологический возраст был настолько различным, что в какие-либо периоды не укладывался. Возрастной разброс составлял до 9-10 лет.

Вторая подгруппа – пациентки, отличающиеся пороговой стрессоустойчивостью, относительно продуктивным копингом, риском по развитию алекситимии. Они имели невротические нарушения по 3-4 шкалам: тревоги, невротической депрессии, астении, вегетативных нарушений. По частоте использования механизмов психологической защиты также на первом месте стоит компенсация, на последнем – проекция. На втором и третьем месте стоит рационализация и вытеснение. Вторая подгруппа состояла на 25% из не работающих и на 36% из женщин, не прекративших труд по профессии. Возрастной диапазон также отличался разнообразием.

Третья подгруппа – пациентки, отличающиеся высокой стрессоустойчивостью, продуктивным копингом и отсутствием алекситимии. Имели невротические нарушения по 1-3 шкалам: тревоги, невротической депрессии или астении и вегетативных нарушений. По частоте использования механизмов психологической защиты на первом месте стоит компенсация, на последнем – проекция. На втором и третьем месте стоит гиперкомпенсация (реактивные образования) и вытеснение. Пациентки третьей группы составили 15% не работающих и 42% работающих.

Для каждой подгруппы пациентов, с учетом выраженности симптомов тревоги, депрессии, наличия или отсутствия вегетативной дисфункции и астенической симптоматики, нами применялись различные схемы медикаментозного и психотерапевтического лечения. Для каждой подгруппы разработан алгоритм фармакотерапии.

Психофармакотерапия осуществлялась на основании принципов комплексности, дифференцированности, интегративности и краткосрочности. В основном применялись антидепрессанты для снижения уровня тревоги и интенсивности фобических переживаний, небензодиазепиновые транквилизаторы для снятия эмоционального напряжения и снижения интенсивности тревожных нарушений, малые нейрорептики для воздействия на когнитивную составляющую тревожных и депрессивных нарушений.

Анализ результатов лечения в целом позволил констатировать большую эффективность у работающих пациенток, по сравнению с прекратившими трудовую деятельность.

## ВЫВОДЫ

1. Выявлены социально-стрессовые факторы риска развития невротических расстройств в группах женщин, оставивших трудовую деятельность и продолжающих работать.

Социально-стрессовыми факторами риска развития НР оказались «неуверенность в завтрашнем дне, страх материального обнищания, угроза и страх безработицы», которые следует отнести к чисто социальным. В перечне риск содержащих жизненных событий по шкале стрессоустойчивости Холмса и Раге в течение последнего года наши пациентки чаще всего отмечали: смерть близкого члена семьи, травма или болезнь, усиление конфликтности отношений с супругом, проблемы с родственниками.

2. Проведен сравнительный анализ психопатологических характеристик НР у двух групп больных. Установлено, что патогформирующее влияние структуры личности позднеговозрастных пациенток, продолжающих трудовую деятельность, по сравнению с пациентками, оставившими работу, характеризуется статистически значимо установленными признаками ( $p \leq 0,05$ ):

- по шкале невротических состояний более низкими показателями тревоги, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений, и статистически значимо более высокими показателями по шкалам невротической депрессии и астении;
- более высокой стрессоустойчивостью;
- преобладанием продуктивных и относительно продуктивных когнитивных, эмоциональных и поведенческих копинг-стратегий (способов преодоления стресса);
- меньшим использованием механизмов психологической защиты в виде регрессии (диспозиция истерии) и замещения (агрессивная диспозиция),
- меньшей степенью напряженности защит;

- большей направленностью (мотивацией) на общение, творческую активность и на работу;
- менее оптимистичным отношением к будущему, к прошлому, к семье, к матери, к друзьям и сотрудникам, противоположному полу;
- большими сожалениями о нереализованных возможностях.

3. Определены психотерапевтические мишени, такие, как: низкая стрессоустойчивость, неадаптивные копинг-стратегии совладания со стрессовой ситуацией, тревога, невротическая депрессия, астения, вегетативные нарушения, преобладание протективных видов механизмов психологической защиты, высокий уровень алекситимии, несостоятельность при решении повседневных проблем, раздражительность, трудности концентрации внимания, сильные негативные эмоции, склонность к сомнениям, социальная дезадаптация, семейный конфликт, нарушенные межличностные отношения и др.

4. Разработаны основные направления лечебно-психотерапевтических мер с учетом клинико-социальных и психопатологических характеристик больных.

- Определены показатели стрессоустойчивости и социальной адаптации по тесту Холмса и Раге.
- Разработан и внедрен проблемно ориентированный адаптационный тренинг «7 ступеней адаптации», который показал хорошую комплаентность.
- Произведено распределение пациенток выборки на основе ресурсных возможностей по схожести основных показателей на три подгруппы.
- Разработан дифференцированный подход к медикаментозной терапии - применение схем лечения в зависимости от выраженности психопатологических симптомов.
- Проанализированы результаты лечения в целом.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Примененный в диссертации комплекс психометрических методик, направленный на определение невротического статуса, стрессоустойчивости, копинг-стратегий, механизмов психологической защиты, мотивационной структуры, алекситимичности и системы отношений рекомендуем использовать для персонализированной оценки состояния пожилых пациенток, страдающих НР.

2. Выявление ресурсных возможностей и личностных особенностей пациенток рекомендуем для определения мишеней психотерапии и индивидуализации медикаментозной интервенции.

3. Разработанный проблемно ориентированный адаптационный тренинг «7 ступеней адаптации» рекомендуем использовать с целью совершенствования психиатрической помощи лицам, страдающим невротическими расстройствами в пенсионном возрасте.

### **Перспективы дальнейшей разработки темы**

Анализ проведенной работы позволил установить некоторые ограничения, требующие дальнейшей разработки.

1. Исследование проведено в условиях стационара. В рамках преемственности между стационарным и амбулаторным звеном психиатрической службы представляется целесообразным проведение аналогичных исследований, выполненных под наблюдением врачей амбулаторного звена среди пожилых пациентов с диагнозом F43.22 по МКБ-10, сохраняющих социально-трудовой статус, либо с больными после стационарного лечения.

2. После выписки из стационара медицинская информация о пациентках была собрана только по данным статистики по поводу повторных поступлений. Всесторонний анализ катамнеза является необходимым компонентом в разработке профилактических рекомендаций и планировании поддерживающей терапии и, кроме того, позволит уточнить патогенез НР.

3. Не решен вопрос разработки и внедрения стандартов и клинических рекомендаций по конкретной нозологической единице F43.22 МКБ-10, что затрудняет диагностику и лечение смешанного тревожного и депрессивного расстройства как следствия расстройства адаптации.

4. Представляется целесообразным использование апробированных нами психометрических методик для установления личностных особенностей и ресурсных возможностей пожилых пациенток и внедрение адаптационного тренинга «7 ступеней адаптации», как элемента психотерапевтического лечения, успешно зарекомендовавшего себя в процессе терапии.

5. Считаем важным продолжение разработки практических рекомендаций для врачей-психиатров по лечению пожилых пациентов, страдающих НР, с обязательным включением в схемы фармакотерапии адаптогенов, способствующих повышению адаптационного потенциала больных.

6. Также полагаем, что проведение подобных исследований на мужском контингенте поможет выявить гендерные особенности и персонализировать лечение НР больных пожилого возраста.

7. Кроме того, считаем перспективным разработку адекватных программ реабилитации для пожилых пациентов, особенно планирующих сохранить или продолжить трудовую деятельность.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323–ФЗ (ред. от 29.05.2019 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – [Электронный ресурс].

Режим доступа:<http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=MED;n=44531#08068599478666985> [дата обращения: 03.03.2019 г.].

2. ФЗ РФ от 2 июля 1992 г. № 3185–1 (ред. от 19.07.2018) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изм. и доп., вступ. в силу с 1.01.2017). [Электронный ресурс]. Режим доступа:

[http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_4205/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/) [дата обращения: 03.03.2019 г.].

3. Приказ МЗ РФ №297 от 28.07.1999 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации». [Электронный ресурс]. Режим доступа:

<https://www.lawmix.ru/med/12677> [дата обращения: 03.03.2019 г.].

4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2012 г. № 566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdravsotsrazvitija-rossii-ot-17052012-n566n/> [дата обращения: 03.03.2019 г.].

5. Приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. № 1103н «Об утверждении Стандарта скорой медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах». [Электронный ресурс].

Режим доступа: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1103n/> [дата обращения: 18.06.2020 г.].

6. Государственный стандарт качества социального обслуживания пожилых граждан и инвалидов в государственных стационарных учреждениях социального



обслуживания Краснодарского края. Утвержден постановлением главы администрации (губернатора) Краснодарского края 2.09.2010 № 743. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.lawsrf.ru/region/documents/278728/> [дата обращения: 18.06.2020 г.].

7. 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/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_193464/) [дата обращения: 18.06.2020 г.].

8. Национальная стратегия действий в интересах женщин на 2017-2022 годы, принята Правительством РФ (распоряжение от 8.03.2017 г. № 410-р). – [Электронный ресурс].

Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_213740/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_213740/) [дата обращения: 18.06.2020 г.].

9. Абабков, В. А. Алгоритм оценки эффективности психотерапии при невротических расстройствах / В. А. Абабков, Т.А. Караваева, Е. А. Колотильщикова. Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание / Нац. мед. исслед. центр [Текст] / 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. – Санкт-Петербург : Алеф-Пресс, 2018. – С. 411-428.

10. Абазиева, К. Г. Работать или не работать после пенсии : гендерные аспекты выбора / К. Г. Абазиева // Terra Economicus. Экономический вестник Ростовского государственного университета. – 2009. – Т. 7. – №1. – С.67-74.

11. Абитов, И. Р. Особенности совладания со стрессом в норме и при психосоматических и невротических расстройствах / И. Р. Абитов, В. Д. Менделевич // Психологический журнал. – 2013. – Т. 34, № 1. – С. 86–96.

12. Абрамова, Г. С. Возрастная психология : учебник и практикум для академического бакалавриата / Г. С. Абрамова – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Издательство Юрайт ; ИД Юрайт, 2014. – 811 с. (с. 774-790).

13. Агейкин, А. В. Современные возможности для объективного скрининга факторов риска и ранней диагностики невротических расстройств/ А. В. Агейкин, В. Л. Мельников, Т. А. Караваева, А. В. Васильева, Е. В. Колесова, А. Ю. Тычков, Т. Н. Дмитриева, В. Н. Горбунов, Е. А. Меркулова //Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2019. – № 4-2. – С. 52-59.

14. Аксенов, М. М. Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009-2012 гг.)/ М. М. Аксенов, А. В. Гычев, М. Ф. Белокрылова и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2013 — № 4 — С. 11-17.

15. Аксенов, М. М. Психологическая помощь пациентам с невротическими расстройствами/ М. М. Аксенов, А. Л. Иванова, И. Я. Стоянова //Вестник ТГПУ. – 2013. – № 11(139). – С. 75–84.

16. Аксенов, М. М. Психологические особенности пациентов пожилого возраста с непсихотическими психическими расстройствами/ М. М. Аксенов, И. Я. Стоянова, Е. В. Цыбульская, А. К. Костин //Вестник ТГПУ. – 2015. – № 3 (156). – С. 58–63.

17. Антипова, О. С. Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии / О. С. Антипова // Эффективная фармакотерапия. – 2013. – № 57. – С. 32-37.

18. Алгоритмы диагностики тревожных расстройств невротического уровня (панического, генерализованного тревожного и тревожно-фобических расстройств) : методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост. : Караваева Т. А., Васильева А. В., Мизинова Е. Б., Белан Р. М., Моргачева Т. В., Гужева О. Б. – СПб, 2018. – 40 с.

19. Александров, А. А. Интегративная психотерапия/ А. А. Александров. – СПб : Питер. – 2009. – С. 13-22, 22-33, 186-197.

20. Александровский, Ю. А. Возникновение психических расстройств тесно связано с социальными проблемами в обществе/ Ю. А. Александровский // «Доктор.Ру» Неврология Психиатрия. – 2019. - № 6 (161). - С. 4–5.

21. Александровский, Ю. А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства (этиология, патогенез, специфические и неспецифические симптомы, терапия)/ Ю. А. Александровский. – М.: Литтерра. – 2010. – С. 13, 95.
22. Антропов, Ю. А. Основы диагностики психических расстройств : рук. для врачей/ Ю. А. Антропов, А. Ю. Антропов, Н. Г. Незнанов. – М. : ГЭОТАР- Медиа. – 2010. – С. 11-38.
23. Бабарахимова, С. Б. Эффективность применения когнитивно–бихевиоральной терапии депрессий у женщин с учетом личностных особенностей / С. Б. Бабарахимова, Ж. М. Искандарова, Ш. Ш. Шаикрамов // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2016. – № 3(38) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> [дата обращения: 05.09.2017 г.].
24. Барденштейн, Л. М. Хронические депрессии: дистимия/ Л. М. Барденштейн //Российский медицинский журнал. – 2012. - № 5. – С. 32-34.
25. Барденштейн Л. М. Распространенность психических расстройств среди женщин, отбывающих наказание в исправительной колонии/ Л. М. Барденштейн, К. Н. Шаклеин //Российский медицинский журнал. 2017; 23(1): 23—26. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2017-23-1-23-26>
26. Батаршев, А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения/ А. В. Батаршев. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2004. – С. 79-82, 299-301, 304-306.
27. Белановская, О. В. Старение и старость как предмет психологического исследования/ О. В. Белановская. Горизонты зрелости. Сборник тезисов участников Пятой всероссийской научно-практической конференции по психологии развития. – М. : ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. – С. 533-536
28. Белогорцев, Д. О. Нейропсихологические исследования при невротических расстройствах: клиничко–патогенетические и дифференциально–диагностические аспекты/ Д. О. Белогорцев, И. Н. Бабурин, А. В. Васильева, А. У. Тархан //Вестник психотерапии. – 2012. – № 42(47). – С. 61–85.

29. Белокрылова, М. Ф. Непсихотические психические расстройства у женщин: возрастной аспект / М. Ф. Белокрылова, Н. П. Гарганеева, М. М. Аксенов и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – № 4 (93) – С. 33-39.
30. Белялов, Ф. И. Психические расстройства в практике терапевта: монография/ Ф. И. Белялов ; изд. 6, перераб. и доп. Иркутск : РИО ИГМАПО. – 2014. – С.8.
31. Бехтерев, В. М. Избранные труды по психологии личности: в 2 т./ В. М. Бехтерев; Отв. ред.: Г. С. Никифоров, Л. А. Коростылева. – СПб : Алетейя : С.– Петерб. ун–т. Фак. психологии, 1999. Т. 2: Объективное изучение личности. – 1999. – С. 5-48.
32. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов/ В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – М. : Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», – 2002. (Пограничные нервно-психические расстройства) – С. 373-396.
33. Бобров, А. Е. Дифференцированная клинико–психологическая оценка больных с различными вариантами тревожных расстройств / А. Е. Бобров, Е. В. Файзрахманова, А. К. Гомозова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Том XX1, вып. 3. – С. 43-48.
34. Бобров, А. Е. Методологические вопросы диагностики психических расстройств и современные программы подготовки специалистов в психиатрии / А. Е. Бобров // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014 – Т. 24, № 2 – С. 50–55.
35. Бобров, А. Е. Медицинская психология в психиатрии. Методологические и клинические аспекты / А. Е. Бобров, Т. В. Довженко, М. А. Кулыгина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 1. – С. 70–75.
36. Боженкова, К. А. Психологические особенности людей пожилого возраста / К. А. Боженкова // Приволжский научный вестник. – 2016. – № 3. – С. 130-132.
37. Большой энциклопедический словарь медицинских терминов: [справ.] М. : ГЭОТАР-Медиа. – 2012. – 2263 с.

38. Борисов, Г. И. Психологические характеристики пожилых людей третьего возраста / Г. И. Борисов // Педагогическое образование в России – 2016. – №5. – С. 171-176.

39. Бородин, В. И. Проблема реабилитации в пограничной психиатрии/ В. И. Бородин. Пограничные психические расстройства : Сборник научных работ / Под ред. чл.-корр. РАН, профессор Ю. А. Александровского. – М. : ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздрава России. – 2014. – С. 175-198.

40. Брель, Е. Ю. Алекситимия в структуре «практически здоровой» личности / Е. Ю. Брель // Сибирский психологический журнал. – 2018. – № 67. – С. 89-101.

41. Будза, В. Г. Неврозы позднего возраста / В. Г. Будза, Е. Ю. Антохин. – Оренбург : Изд-во ОрГМА. – 2011. – 284 с (с. 151-175).

42. Бунькова, К. М. Депрессии и неврозы. Руководство для врачей / К. М. Бунькова – М.: Изд. «ГЭОТАР–Медиа». – 2011. – С. 144-149.

43. Бурно, М. Е. О российском психотерапевтическом методе «Терапия творческим самовыражением (М.Е. Бурно). Опыт работы с тяжёлыми хроническими душевнобольными / М. Е. Бурно // Психотерапия. — 2013. — №1. — С. 86-91.

44. Бурно, М. Е. Терапия творческим самовыражением для российских пациентов с переживанием своей неполноценности/ М. Е. Бурно //Теория и практика психотерапии. – 2015. – №3. – С. 63—71.

45. Васильева, А. В. Сравнительный анализ стресс–преодолевающего поведения (копинга) у больных острым и хроническим невротическим расстройством / Д. О. Белогорцев, А. В. Васильева, Б. Д. Карвасарский, Е. А. Колотилыщикова, Е. И. Чехлатый // Вестник психотерапии. – 2010. – № 33(38). – С.70–83.

46. Васильева, А. В. Принципы и алгоритмы психофармакологического лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) / А. В. Васильева, Т. А. Караваева, С. В. Полторак, Ю. П. Колесова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. –2016. –№ 1. – С. 3–10

47. Васильева, А. В. О психодинамических аспектах соотношения психотерапии и фармакотерапии в лечении невротических расстройств/ А. В. Васильева, С. В. Полторак, С. В. Минаев. 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. – Санкт-Петербург: Алеф-Пресс. – 2018. – С. 403-410.

48. Васильева, А. В. Проблемы женского психического здоровья – междисциплинарный ракурс / А. В. Васильева // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2018. – №10. – С. 51-56.

49. Вассерман, Л. И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей; под науч. ред. Л. И. Вассермана / Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова и др. – Санкт-Петербург: ИЦ СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – 2005. – С. 16-28.

50. Вассерман, Л. И. Психологические механизмы совладания со стрессом профессиональной деятельности (на модели лиц «Опасных» профессий) / Л. И. Вассерман, Е. Р. Исаева, М. Ю. Новожилова, О. Ю. Щелкова // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – Серия 12, вып. 4. – С.364-371.

51. Варшаловская, Е. Б. Психологические аспекты неврозов/ Е. Б. Варшаловская, Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская. 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. – Санкт-Петербург: Алеф-Пресс – 2018. – С. 119-125.

52. Вельтищев, Д. Ю. Диагностика и фармакотерапия тревожного варианта расстройств адаптации: анксиолитик этифоксин (стрезам) в клинических и экспериментальных исследованиях / Д. Ю. Вельтищев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 1. – С. 86-90.

53. Верхотурцева, Е. Е. Исследование эффективности защитных механизмов и копинг-стратегий в ситуации стресса / Е. Е. Верхотурцева. Современные проблемы развития образования, обучения и воспитания в России и за рубежом:

сборник научных трудов по материалам VII Международного педагогического форума молодых ученых, 15 февраля 2018 г. М. : – 2018. – С. 18-23.

54. Видясова, Л. А. Россия в международных индексах качества жизни пожилых/ Л. А. Видясова, И. А. Григорьева // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2016. – № 19(1). – С. 181-192.

55. Винокур, В. А. Депрессия как проблема общей врачебной практики/ В. А. Винокур. Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г. – Вып. XV / под общей редакцией акад. РАН Мазурова В. И. – СПб. : изд-во «Альта Астра». – 2015. – С. 46.

56. Владимирова, О. Н. Инвалидность как медико-социальный индикатор состояния здоровья и старения населения в Российской Федерации/ О. Н. Владимирова, А. С. Башкирѐва, М. В. Коробов, О. В. Хорькова, О. В. Ломоносова // Успехи геронтологии – 2017. – Т. 30. – № 3. – С. 398–402.

57. Возрастная периодизация //Кинезиолог, 2009-2019: [сайт]. Дата обновления: 02.10.2019. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://kineziolog.su/content/vozrastnaya-periodizaciya> [дата обращения: 04.12.2019 г.].

58. Волкова, А. В. Возрастные особенности совладания со стрессом мужчин и женщин/ А. В. Волкова, И. В. Михайлова // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2018. – № 3. – С. 6-18. DOI: 10.18384/2310-7235-2018-3-6-18.

59. Воробьев, Р. В. Аналитический обзор проблемы здорового старения в странах Европейского региона воз и Российской Федерации / Р. В. Воробьев, А. В. Короткова // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». ISSN 2071-5021 Эл №ФС77-28654 – [Электронный ресурс]. – URL: <http://vestnik.mednet.ru> 01.11.2016 г. DOI: 10.21045/2071-5021-2016-51-5-3 [дата обращения: 09.07.2018г.].

60. Всемирный доклад о старении и здоровье. ВОЗ, 2015. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://apps.who.int>. [дата обращения: 08.02.2017 г.].

61. Выступление Генерального секретаря Организации Объединенных Наций Кофи Аннана на Второй Всемирной Ассамблее по проблемам старения // ООН в России. – 2002. – №2 (21). Март-апрель.

62. Гаврилова, С. И. Оптимизация антидепрессивной терапии в условиях геронтопсихиатрического стационара / С. И. Гаврилова, Я. Б. Калын, Т. П. Сафарова и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. – № 6. – С. 24-32.

63. Гаврилова, С. И. Актуальные вопросы пограничной геронтопсихиатрии / С. И. Гаврилова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 3. – С. 5-11.

64. Гаврилова, С. И. Роль стрессогенных факторов в развитии психической патологии в пожилом возрасте / С. И. Гаврилова, Я. Б. Калын // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4. – № 6. – С. 212-215.

65. Гантман, М. В. Руководство по гериатрической психиатрии; под ред. С.И. Гавриловой/ М. В. Гантман, С. И. Гаврилова, Я. Б. Калын и др. – М.: Пульс. – 2014. – С. 316–320.

66. Гаранян, Н. Г. Концепция алекситимии / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова // Соц. и клинич. психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 128–145.

67. Гаранян, Н. Г. Интеграция семейной и когнитивно-бихевиоральной психотерапии в лечении больных с хронифицированными формами тревожных расстройств / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова // Современная терапия психических расстройств. – 2013. – № 1. – С. 34–39.

68. Граница, А. С. Особенности взаимосвязи агрессивности, тревожности и антиципационной состоятельности у больных с невротическими расстройствами / А. С. Граница // Психиатрия вчера, сегодня, завтра. Материалы Всероссийской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием. Кострома, 22–24 апреля 2014 года. – С. 94–98.

69. Грановская, Р. М. Психологическая защита / Р. М. Грановская. – СПб. : Речь. – 2007. – 476 с. (С. 274-282).



70. Гурович, И. Я. Направления совершенствования психиатрической помощи / И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014 – Т. 24, № 1 – С. 5–9.

71. Дворянчиков, Н. В. Социально-психологическая адаптация в позднем возрасте и условия благополучного старения / Н. В. Дворянчиков // Современная зарубежная психология. – 2017. – Том 6. – № 3. – С.53-63.

72. Демчева, Н. К. Сравнительный анализ показателей заболеваемости психическими расстройствами, демографической ситуации и обеспеченности психиатрической помощью в двух сельских районах Краснодарского края / Н. К. Демчева, Я. А. Грищенко // Росс. психиатр. журн. – 2011. – № 3. – С. 11-19.

73. Демчева, Н. К. Динамика общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами населения Российской Федерации в возрасте от 60 лет и старше в 2000–2016 гг. / Н. К. Демчева, З. И. Кекелидзе, Б. А. Казаковцев, Е. В. Макушкин // Российский психиатрический журнал. – 2017. – №4. – С. 4–12.

74. Джангильдин, Ю. Т. Значение динамики показателей тревоги, алекситимии и соматизации в оценке эффективности метода проспективной образно-гипнотической терапии при невротических и психосоматических расстройствах / Ю. Т. Джангильдин, Б. Д. Цыганков // Психическое здоровье. – 2008. - № 6(8). – С. 44-47

75. Довженко, Т. В. Психиатрическая помощь в первичном звене здравоохранения: обеспеченность и потребность / Т. В. Довженко, А. Е. Бобров, В. Н. Краснов, О. С. Антипова, Д. М. Царенко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – № 26(1). – С. 50–57.

76. Друзь, В. Ф. Клинико-социальная структура психически больных позднего возраста - одиноко проживающих и семейных / В. Ф. Друзь, И. Н. Олейникова, Л. В. Алимова // Российский психиатрический журнал. – 2013. – №5. – С. 41-48.

77. Друзь, В. Ф. Влияние семейного статуса на госпитализации психически больных позднего возраста / В. Ф. Друзь, В. Г. Будза, И. Н. Олейникова и др. // Уральский медицинский журнал. – 2009. – № 6(60). – С. 123-128.

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

79. Ерзин, А. И. Нейрокогнитивные функции при благополучном старении. Часть 1: современное состояние проблемы / А. И. Ерзин, А. Ю. Ковтуненко // *Neurodynamics. Журнал клинической психологии и психиатрии.* – 2019. – № 1. – С. 1-18

80. Ереско, Д. Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах / Д. Б. Ереско, Г. С. Исурина, Е. В. Кайдановская и др. Методическое пособие. – С-Петербург. – 2009. – 25 с.

81. Ермолаева, М. В. К вопросу о потенциалах развития личности в старости/ М. В. Ермолаева, С. Б. Пряхина // Мир психологии. – 2008. – № 2. – С. 244–255.

82. Есин, Р. Г. Алекситимия – основные направления изучения / Р. Г. Есин, Е. А. Горобец, К. Р. Галиуллин, О. Р. Есин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. –2014. – № 114(12). – С. 148-151.

83. Зачепиский, Р. А. Вопросы соотношения осознаваемых и неосознаваемых форм психической деятельности в свете опыта патогенетической психотерапии невротиков / Р. А. Зачепиский, Б. Д. Карвасарский. 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. - Санкт-Петербург: Алеф-Пресс, 2018. – С. 329-334.

84. Зачепиский, Р. А. Психологические аспекты психотерапии больных невротиками / Р. А. Зачепиский. 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. - Санкт-Петербург: Алеф-Пресс, – 2018. – С. 308-321.

85. Заявление о включении старения в перечень социально значимых заболеваний. Заявитель: Михаил Александрович Батин – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://m-bati№.livejour№al.com/168534.html>. [дата обращения: 25.09.2017 г.].

86. Знаков, В. В. Многомерный мир человека: типы реальности, понимания и социального знания / В. В. Знаков // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология – 2012. – №3 – С. 18–29.

87. Знаков, В. В. Понимание мудрости и мудрость постижения себя и других / В.В. Знаков, Л. И. Анцыферова. Психологические исследования личности: история, современное состояние, перспективы: сб. науч. ст. / отв. ред. М. И. Воловикова, А. Л. Журавлев, Н. Е. Харламенкова. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН». – 2016. – С. 95–116.

88. Иванец, Н. Н. Тревожные расстройства у больных пожилого возраста: психопатологическая характеристика, диагностика, сходство и отличия от тревожных депрессий / Н. Н. Иванец, В. П. Сысоева, М. А. Кинкулькина, Т. И. Авдеева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114. – № 5. – С. 4-11.

89. Иванец, Н. Н. Психометрические шкалы в диагностике аффективных расстройств позднего возраста: актуальное состояние проблемы и возможные пути решения / Н. Н. Иванец, Т. И. Авдеева // Росс. психiatr. журн. – 2012. – № 1. – С. 30-40.

90. Иванец, Н. Н. Психофармакотерапия тревожных расстройств у больных пожилого возраста: эффективность, переносимость и современная роль лечения анксиолитиками / Н. Н. Иванец, М. А. Кинкулькина, Т. И. Авдеева, В. П. Сысоева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 2. – С. 60-71.

91. Избранные труды по психиатрии академика В. Я. Семке /Под научной редакцией академика РАН Н. А. Бохана. – Москва. – 2018. – 450 с. Глава 7. Динамика личностных расстройств в позднем возрасте. – С.240-273.

92. Изнак, А. Ф. Динамика ЭЭГ-показателей у пациентов пожилого возраста в условиях мультимодальной антидепрессивной терапии / А. Ф. Изнак, Е. В. Изнак, Я. Б. Калын, Т. П. Сафарова, В. С. Шешенин, С. И. Гаврилова // Психиатрия. – 2015. – № 2. – С. 5-9.

93. Исаева, Е. Р. Защитно-совладающий стиль поведения больных депрессивными расстройствами / Е. Р. Исаева, Н. В. Зуйкова // Сиб. психол. журнал. – 2002. – № 16–17. – С. 84–88.

94. Исаева, Е. Р. Защитно-совладающий стиль и его роль в психологической адаптации личности / Е. Р. Исаева, Л. И. Вассерман. Психологические проблемы самореализации личности. – Вып. 8 / под ред. Л. А. Коростылевой. – СПб.: Изд-во СПбГУ. – 2004. – С.206-216.

95. Исаева, Е. Р. Психологические механизмы адаптации у психосоматических больных и больных неврозами / Е. Р. Исаева, Г. А. Иванова, М. И. Фещенко, О. Н. Иванова. Сборник материалов III международного конгресса «Психосоматическая медицина – 2008». – СПб.: Человек. – 2008. – С .53-54

96. Исаева, Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е. Р. Исаева. – СПб.: Изд. СПбГМУ. – 2009. – 136 с. (С. 64-65).

97. Исаева, Е. Р. Психологические механизмы адаптации к стрессу у больных психосоматическими и невротическими связанными со стрессом расстройствами/ Е. Р. Исаева, М. И. Фещенко // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия : Психология. – 2010. – Выпуск 10. – С. 91-96

98. Исурина, Г. Л. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия и интегративный подход/ Г. Л. Исурина // Российский психотерапевтический журнал. – 2014. – №1 (7). – С. 63-64.

99. Исурина, Г. Л. «Опросник KON-2006» — новый метод исследования невротических черт личности / Г. Л. Исурина, И. В. Грандилевская, П. К. Тромбчиньски // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 6(47) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> [дата обращения: 08.12.2019 г.].

100. Исурина, Г. Л. Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений / Г. Л. Исурина. 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. – Санкт-Петербург: Алеф-Пресс. – 2018. – С. 346-370

101. Казаковцев, Б. А. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2015 году: Аналитический обзор / Б. А. Казаковцев, Н. К. Демчева, А. В. Яздовская, О. В. Сидорюк; под ред. З.И. Кекелидзе. – ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. – 2017. – 124 с.

102. Казаковцев, Б. А. Состояние психиатрических служб и распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2013-2015 годах / Б. А. Казаковцев, Н. К. Демчева, О. В. Сидорюк, Н. А. Творогова, Л. А. Пронина // Психическое здоровье. – 2016. – Т. 14, № 7. – С. 3-22.

103. Калиниченко, Т. П. Сравнение способов совладания с тревожными расстройствами в пожилом и старческом возрасте / Т. П. Калиниченко, Ю. И. Полищук // Доктор Ру. – 2017. – №1(130). – С. 45-48

104. Караваева, Т. А. Изменение соотношения психотерапии и фармакотерапии при лечении невротических расстройств в связи с их патоморфозом за последние 50 лет / Т. А. Караваева // Российский психотерапевтический журнал. – 2014. – №1 (7). – С.32–35.

105. Караваева, Т. А. Клинические и биосоциальные характеристики дифференциальной диагностики невротических и невротоподобных расстройств / Т. А. Караваева, И. Н. Бабурин, Е. А. Колотильщикова, Е. Б. Мизинова, Е. В. Шульц // Психическое здоровье. – 2011. – № 9. – С. 42–46.

106. Караваева Т.А. Психосемантическое исследование мотивационно–потребностной сферы у больных с разными типами невротических расстройств / Т. А. Караваева, Е. А. Колотильщикова, А. В. Лим, И. С. Лысенко // Вестник психотерапии. – 2013. – № 48. – С. 35–51.

107. Караваева, Т. А. Патоморфоз невротических расстройств и его терапевтические следствия / Т. А. Караваева. 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. – Санкт-Петербург: Алеф-Пресс, – 2018. – С. 266-282.

108. Карвасарский, Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский; 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1990. – 576 с. (С. 7-11, 315-324).

109. Карвасарский, Б. Д. Сравнительное исследование структуры личности у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами с позиций психодинамической концепции личности Г. Аммона / Б. Д. Карвасарский, Е. А. Колотильщикова, Т. А. Караваева, И. Н. Бабурин, И. С. Лысенко // Вестник ЮУрГУ. – 2011. – № 18. – С. 104–110.

110. Карвасарский, Б. Д. Общественное значение проблемы невротических расстройств / Б. Д. Карвасарский // Пограничные психические расстройства: сб. научн. работ; под ред. чл.-корр. РАН, проф. Ю. А. Александровского. – М. : ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздрава России. – 2014. – С. 199–219.

111. Карвасарский, Б. Д. Общественное значение проблемы невротических расстройств / Б. Д. Карвасарский // Российский психотерапевтический журнал. – 2014. – №1 (7). – С.12–21.

112. Карвасарский, Б. Д. Групповая психотерапия при неврозах / Б. Д. Карвасарский, В. А. Мурзенко. 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. – Санкт-Петербург: Алеф-Пресс. – 2018. – С. 340-345.

113. Кекелидзе, З. И. Стратегии в отношении психического здоровья граждан позднего возраста / З. И. Кекелидзе, Л. Е. Пищикова, Ю. И. Полищук // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – №4. – С. 9–14.

114. Килясханов, М. Х. К вопросу о необходимости целостного подхода в прикладном исследовании проблемы старости / М. Х. Килясханов // Экономические и гуманитарные исследования регионов. – 2017. – № 6. – С. 61-64.

115. Клементьева, И. С. Психотерапия обсессивно-компульсивных расстройств с учетом клинических и личностно-психологических характеристик : Дисс. ... канд. мед. наук: 19.00.04 / Клементьева Ирина Сергеевна. – М., 2008. – 155 с.

116. Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Под ред. проф. Ю.С. Шевченко. — Москва : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018. — 504 с. (С. 299-321).

117. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний: метод. рекомендации для интернов и врачей / сост. Д. М. Менделевич, К. К. Яхин. — Казань, 1978. — 23 с.

118. Козлова, Т. З. Самореализация личности по возрастным интервалам (на примере современных россиян) / Т. З. Козлова // Знание. Понимание. Умение. — 2017. — № 3. — С. 63-69.

119. Колотильщикова, Е. А. Исследование структуры личности больных с невротическими расстройствами с позиций факторно-аналитического и типологического подходов/ Е. А. Колотильщикова // Российский психотерапевтический журнал. — 2014. — №1 (7). — С.42–47.

120. Колотильщикова, Е. А. Мотивация в психотерапии (обзор литературы) / Е. А. Колотильщикова, Е. Б. Мизинова, С. В. Полторак, Е. И. Чехлатый // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2011. — № 2. — С. 13-16.

121. Колотильщикова, Е. А. Психологическая диагностика невротических расстройств / Е. А. Колотильщикова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. — 2014. — № 10. — С. 91–108.

122. Колотильщикова, Е. А. Психологические основы невротогенеза: основные концепции и модели / Е. А. Колотильщикова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. — 2015. — Т. 11. — Вып. 1. — С. 30-56.

123. Короленко, Ц. П. Психическое здоровье в XXI веке. Гендерные особенности, связанные с постмодернистской культурой / Ц. П. Короленко, Т. А. Шпикс // Неврологический вестник. — 2013. — Т. XLV. — Вып. 1 — С. 3–10.

124. Косенко, Н. А. Методология изучения медико-биологических, социально-экономических и демографических характеристик среди психически больных сельской и городской местности (на примере больных с невротическими

и соматоформными расстройствами) / Н. А. Косенко, В. Э. Луговой, Э. А. Пфаненштиль, Ю. В. Гридина, В. В. Сурикова, В. Г. Косенко, Г. В. Ломакина // Кубанский научный вестник. – 2014. – № 3. – С. 65-68.

125. Косенко, Н. А. Клинико-статистические подходы к изучению качества жизни у больных с невротическими и соматоформными расстройствами, проживающих в сельской и городской местностях / Н. А. Косенко, В. В. Сурикова, В. Э. Луговой, В. Г. Косенко, Ю. В. Гридина, М. И. Агеев // Кубанский научный медицинский вестник. – 2014. – №4 (146). – С. 63-69.

126. Косенко Н.А. Многозначность симптома в психиатрии / Н. А. Косенко, Г. Т. Красильников, В. Г. Косенко, М. И. Агеев // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. – №3 (152). – С. 61-65.

127. Косенко, Н. А. Истоки психиатрической стигматизации и ее перспективы / Н. А. Косенко, Г. Т. Красильников, В. Г. Косенко, М. И. Агеев // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. – №3 (152). – С. 58-61.

128. 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.

129. Косенко, Н. А. Современные критерии разграничения психической нормы и патологии / Н. А. Косенко, Г. Т. Красильников, В. Г. Косенко и др. // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. – №2 (157). – С. 93-98.

130. Краснова, О. В. Зрелость и поздняя зрелость в социально–психологическом контексте / О. В. Краснова. Антология социальной психологии возраста: учеб. пособие для вузов; под ред. М. Ю. Кондратьева. – М., 2010. – 416 с. (С. 310–414).



131. Краснова, О. В. Проблема потребностей пожилых людей в системе социального обслуживания населения / О. В. Краснова, И. В. Малофеев // Вестник МГОУ. Серия «Психологические науки». – 2011. – № 2 – С. 13–21.

132. Краснова, О. В. Регрессионная модель выбора в пожилом возрасте / О. В. Краснова // Современная социальная психология: теоретические подходы и прикладные исследования. – 2012. – № 1 (14). – С. 76–99.

133. Крюкова, Т. Л. Психология совладающего поведения: современное состояние и психологические, социокультурные перспективы / Т. Л. Крюкова // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2013. – № 5. – С. 184-188.

134. Кузнецова, К. Н. Международно-правовое регулирование статуса лиц пожилого возраста / К. Н. Кузнецова // Вестник Прикамского социального института. – 2018. – № 2 (80). – С. 30-36.

135. Курпатов, А. В. Психосоматика Психотерапевтический подход / А. В. Курпатов, Г. Г. Аверьянов. – Издательство: Капитал. – 2019. – 480 с. (С. 4-10, 20-22).

136. Лазарус, Р. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус // Эмоциональный стресс. М., 1970. – 329 с. (С.178-209).

137. Лазебник, Л. Б. Старение: профессиональный врачебный подход (Национальное руководство) / Л. Б. Лазебник, А.Л. Вёрткин, Ю. В. Конев, Е. Д. Ли, А. С. Скотников. – М.: Эксмо. – 2014. – 320 с. (С. 18-29).

138. Лебедев, М. А. Неврозы (клиника, динамика, терапия) / М. А. Лебедев, С. Ю. Палатов, Г. В. Ковров // РМЖ «Медицинское обозрение». – 2013. – № 21(3). – С. 165–168.

139. Лексиконы психиатрии Всемирной организации здравоохранения [Текст] – The Lexicons of psychiatry by the World health organization / пер. с англ. под общ. ред. В. Б. Позняка. – Киев : Сфера, сор. 2001. – VIII. – С. 295.

140. Ломакина, Г. В. Проблемы периодизации постпенсионного периода жизни в контексте психотерапии невротических расстройств пациентов старшего поколения / Г. В. Ломакина, Е. Ф. Чебагина, Я. А. Захарова-Манасон // Материалы

международной научно-практической конференции и пятого российско-хорватского психиатрического симпозиума. – М., 2019 – С. 213-216.

141. Ломакина, Г. В. Невротические расстройства как проблема современной геронтопсихиатрии / Г. В. Ломакина, В. Г. Косенко, Н. А. Косенко и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – № 119(4). – С. 88-92. DOI:10.17116/jnevro201911904188

142. Ломакина, Г. В. Взаимосвязь переживания одиночества и психических состояний у пожилых пациентов с невротическими расстройствами / Г. В. Ломакина, Н. А. Косенко, В. Э. Луговой // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – № 7 (49), часть 3. – С. 71-75. DOI: 10.18454/IRJ.2016.49.138

143. Ломакина, Г. В. Особенности мотивационной сферы и личностной тревожности у пожилых пациентов с невротическими расстройствами / Г. В. Ломакина // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – № 10 (52), часть 4. – С. 74-77. DOI: 10.18454/IRJ.2016.52.065

144. Ломакина, Г. В. Особенности потребностной сферы лиц позднего возраста, страдающих невротическими расстройствами/ Г. В. Ломакина, С. А. Губа. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Междисциплинарный подход к психическим расстройствам и их лечению: миф или реальность?» 14-17 мая 2014 года г. Санкт-Петербург. Раздел 4. Медицинская психология. – С. 294-296.

145. Ломакина, Г. В. Некоторые методологические подходы к изучению невротических расстройств в пожилом возрасте / Г. В. Ломакина, В. Г. Косенко, Л. М. Шулькин и др. //Социальная и клиническая психиатрия. Том XXX, вып. 2. – 2020. – С. 104–111.

146. Любченко, М. Ю. Роль социальных факторов в развитии невротических расстройств/ М. Ю. Любченко, В. В. Столярова //Медицина и экология. – 2016. – № 2. – С. 37-44.

147. Люсова, О. В. Психологические факторы трудовой активности пожилого человека / О. В. Люсова // Вестн. Волгогр. гос. ун-та. Сер. 11, Естеств. науки. – 2016. – № 1 (15) – С. 84-91.

148. Ляшковская, С. В. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами: методические рекомендации / С. В. Ляшковская, Р. К. Назыров, М. Б. Ремесло, В. В. Холявко. – СПб., 2014. – 25 с.

149. Ляшковская, С. В. О классификации психотерапевтических мишеней и ее использовании для повышения качества психотерапии больных с невротическими расстройствами/ С. В. Ляшковская //Вестник психотерапии. – 2016. – № 59 (64). – С. 7–28.

150. Ляшковская, С. В. Подходы к определению и типологии мишеней психотерапии в контексте задач совершенствования индивидуальных программ психотерапии / С. В. Ляшковская, В. А. Ташлыков, Н. В. Семенова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2017. – № 1. – С. 89-98.

151. Ляшковская, С. В. Клинико-психологические характеристики больных с невротическими расстройствами в процессе индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии / С. В. Ляшковская. Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, ноябрь, 2016 г. – Вып. XVI ; под общей редакцией акад. РАН Мазурова В. И. – СПб. : Изд-во «Альта астра» – 2016. – С. 109-113.

152. Мак-Вильямс, Н. Терапия с пограничными пациентами / Н. Мак-Вильямс // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2014. – №3. – С. 2-3.

153. Малыгин, Я. В. Многофакторная модель поведения пациентов по обращаемости за медицинской помощью при депрессивных и невротических расстройствах / Я. В. Малыгин, Д. Б. Цыганков, С. А. Шамов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. - № 1-2. – С. 17-21.

154. Макушкин, Е. В. Аспекты эволютивности и инволютивности в раскрытии онтогенеза позднего возраста / Макушкин Е. В., Пищикова Л. Е. // Российский психиатрический журнал. – 2013. – №2. – С. 50-57.

155. Макушкин, Е. В. Концепция понимания позднего возраста в судебной психиатрии (часть I) / Макушкин Е. В., Пищикова Л. Е. // Российский психиатрический журнал. – 2014. – №5. – С. 10-17.

156. Мартынихин, И. А. Эпидемиология, особенности и специфические факторы риска расстройств депрессивного и тревожного спектра у женщин / И. А. Мартынихин. Женское психическое здоровье: от истерии к гендерно-сенситивному подходу; под общ. ред. Н. Г. Незнанова; авт.-сост.: А. В. Васильева, Т. А. Караваева. – СПб.: – ООО Издательский Дом «Алеф- Пресс», – 2018. – С. 208-221.

157. Мартынихин, И. А., Особенности диагностики генерализованного тревожного расстройства российскими психиатрами: результаты исследования с использованием оценки кратких клинических описаний / И. А. Мартынихин, Н. Г. Незнанов // Современная терапия психических расстройств. – 2018. – № 4. – С. 47-55.

158. Мелёхин, А. И. Психологические модели успешного старения (обзор зарубежных исследований) / А. И. Мелёхин // Психологический журнал. – 2014. – №2. – С. 44-61.

159. Мелёхин, А. И. Когнитивно-поведенческая психотерапия при депрессиях позднего возраста / А. И. Мелёхин. Научно-практическая конференция с международным участием «Наука и практика российской психотерапии и психиатрии: достижения и перспективы развития», 5-6 февраля 2016 года, Санкт-Петербург [Электронное издание]: тезисы / под общей редакцией Н. Г. Незнанова. – СПб.: Альта Астра, – 2016. – С. 56.

Режим доступа: <https://search.rsl.ru/ru/record/01008564023> [дата обращения: 04.06.2017 г.].

160. Менделевич, В. Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие/ В. Д. Менделевич. – СПб. : Речь. – 2005. – 445 с. (С. 411-416).

161. Менделевич, В. Д. Антиципационный тренинг в комплексной психотерапии и профилактике рецидивов невротических расстройств / В. Д. Менделевич // Российский психотерапевтический журнал. – 2014. – №1 (7). – С. 57-59.

162. Менделевич, В. Д. Неврология и психосоматическая медицина/ В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. – М. : ИД «Городец». – 2016. – С. 236-245, 255-257.

163. Местечко, В. В. Особенности психологической диагностики и психотерапии лиц пожилого возраста с пограничными психическими расстройствами / В. В. Местечко, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова. Новые технологии в клинической психологии и психотерапии : сб. науч. ст.; отв. ред. М. А. Ассанович. – Гродно : ГрГМУ. – 2015. – С. 240–242.

164. Метод определения мотивационных сценариев для выбора оптимального взаимодействия психотерапевта и пациента при пограничных нервно–психических расстройствах: методические рекомендации / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; авторы сост.: Б. Д. Карвасарский, Д. М. Сарайкин, А. В. Васильева и др. – СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. – 31 с.

165. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. Пособие для врачей и медицинских психологов. – Санкт-Петербург. – 2009. – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. – С. 26-27.

166. Мизинова, Е. Б. Иррациональные когнитивные установки больных тревожно–фобическими невротическими расстройствами как мишени психотерапии / Е. Б. Мизинова, Т. А. Караваева, С. В. Полтораки, Р. М. Белан // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2017. – №1. – С. 53–57.

167. Митихина, И. А. Психическое здоровье населения мира: эпидемиологический аспект (зарубежные исследования 2000—2010 гг.) / И. А. Митихина, В. Г. Митихин, В. С. Ястребов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – № 111(4). – С. 4–14.

168. Митихина, И. А. Психическое здоровье населения Российской Федерации в период 1992–2010 гг. / И. А. Митихина, В. Г. Митихин, В. С. Ястребов, О. В. Лиманкин // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – № 9. – С. 4–13.

169. Михайлова, Н. М. Психические расстройства у пациентов геронтопсихиатрического кабинета общесоматической поликлиники (клинико-статистические и лечебно-организационные аспекты). Автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.18 / Михайлова Наталья Михайловна. – М., 1996. – 36 с.

170. Михайлова, Н. М. Лечение астенических расстройств у пожилых / Н. М. Михайлова // РМЖ. – 2004. – № 22. – С. 1284–1290.

171. Морозов, П. В. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве / П. В. Морозов, Н. Г. Незнанов, О. В. Лиманкин, П. В. Волошин // Дневник психиатра. – 2014. – №4. – С. 1–6.

172. Мосолов, С. Н. Лекарственные взаимодействия препаратов, применяемых в психиатрической практике / С. Н. Мосолов, Д. И. Малин, П. В. Рывкин, Д. А. Сычев // Современная терапия психических расстройств. – № S1/2019 (дополнительный тематический выпуск). – С. 2-35.

173. Мустафина, Л. Ш. Уровень травматизации и эмоционально-ориентированный копинг в пожилом возрасте / Л. Ш. Мустафина, Н. Е. Харламенкова // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2014. – Том 20. – № 4. – С. 87-90.

174. Мясищев, В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. – Л. : Изд-во ЛГУ. – 1960. – С. 3-5.

175. Мясищев, В. Н. Психология отношений / В. Н. Мясищев. – М. ; Воронеж – 1995. – С. 17-29.

176. Мясищев, В. Н. Некоторые теоретические и практические выводы из изучения 1000 больных отделения неврозов / В. Н. Мясищев, Б. Д. Карвасарский. 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. – Санкт-Петербург: Алеф-Пресс. – 2018. – С. 51-55.

177. Мясищев, В. Н. О генетическом понимании психоневрозов / В. Н. Мясищев // 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. – Санкт-Петербург: Алеф-Пресс. – 2018. – С. 8-38.

178. Набиуллина, Р. Р. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция) / Р. Р. Набиуллина, И. В. Тухтарова. – Учебное пособие. – Казань. – 2003. – С. 23-29.

179. Назыров, Р. К. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами / Р. К. Назыров, С. В. Логачева, В. В. Холявко // Психическое здоровье. – 2012. – № 1. – С. 14-19.

180. Наследов, А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных / А. Д. Наследов. – Учебное пособие. – 3-е изд., стереотип. – СПб : Речь. – 2008. – С. 64-92, 162-171, 251-281.

181. Наркевич, А. Н. Методы определения минимально необходимого объема выборки в медицинских исследованиях / А. Н. Наркевич, К. А. Виноградов. – // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2019. – Т. 65. – № 6. – С. 1-19.

URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1123/30/lang.ru/> DOI: 10.21045/2071-50212019-65-6-10

182. Незнанов, Н. Г. Предисловие / Н. Г. Незнанов. Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием, 3–4 февраля 2011 г., Санкт-Петербург / Под общей редакцией профессоров Н. Г. Незнанова и Б. Д. Карвасарского. – СПб: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – 2011. – С. 3.

183. Незнанов, Н. Г., Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей-психиатров / Н. Г. Незнанов, И. А. Мартынихин, С. Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств. – 2017. – № 2. – С. 2–13.

184. Ниимура, Х. Достойное старение и морита-терапия: психотерапия для пожилых / Х. Ниимура, Ч. Фудзии, Н. Д. Семенова, Х. Кашима, М. Мизуно // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, №1. - С. 61-64.

185. Никифоров, Г. С. Постановка проблемы психологического обеспечения завершения профессионального пути: теоретический обзор / Г. С. Никифоров, Н. Е. Водопьянова, О. О. Гофман // Организационная психология. – 2018. – Т. 8. – № 3. – С. 86–103.

186. Николаев, Е. Л. Динамика научных представлений о неврозах: от биологической модели – к культурной / Е. Л. Николаев, Е. С. Сулова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 5. [Электронный ресурс] URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 08.12.2019 г.).

187. Николаев, Е. Л. Социокультурная идентичность личности при пограничных расстройствах / Е. Л. Николаев // Медицинская психология в России. – 2010. – № 2. – [Электронный ресурс]. –URL: <http://medpsy.ru> [дата обращения: 14.12.2019г.].

188. Николаев, Е. Л. Адаптация и адаптационный потенциал личности: соотношение современных исследовательских подходов / Е. Л. Николаев, Е. Ю. Лазарева // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2013. – № 9. – С. 18–32.

189. Новикова, И. А. Особенности эмоциональной сферы лиц пожилого возраста с пограничными психическими расстройствами / И. А. Новикова, А. Г. Соловьев, В. В. Местечко [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – № 4(27) – Режим доступа: <http://mprj.ru> [дата обращения: 05.09.2017 г.].

190. Новикова, И. А. Алгоритм диагностики когнитивных и эмоциональных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста / И. А. Новикова, А. Г. Соловьев, В. В. Попов // Успехи геронтологии – 2017. – Т. 30, № 3. – С. 442–448.



191. Общая заболеваемость населения старше трудоспособного возраста по России в 2014 году. Статистические материалы Минздрава РФ. М., – 2015. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ros-mi№zdrav.ru>. [дата обращения: 06.11.2017 г.].

192. Общие принципы фармакотерапии у лиц пожилого и старческого возраста: Методические рекомендации / Под ред. О. Н. Ткачевой. — М. : Прометей. – 2019 – С. 45-46.

193. Пищикова, Л. Е. Эволюция взглядов на нозологическую обособленность психических расстройств позднего возраста: история геронтопсихиатрии и современные классификации / Л. Е. Пищикова // Российский психиатрический журнал. – 2014. – №2. – С. 50-54.

194. Плоткин, Ф. Б. Алекситимия: общая концепция, роль в формировании и поддержании аддикции, подходы к психотерапии / Ф. Б. Плоткин // Теория и практика психотерапии. – 2015. – №9 (13). – С. 40—53

195. Попова, С. М. Проблемы глобального старения населения: анализ документов и стратегии ООН / С. М. Попова, А. А. Яник // Международное право и международные организации / International Law and International Organizations. – 2014. – № 3. – С. 429-443. DOI: 10.7256/2226-6305.2014.3.12857

196. Подрезова, Л. А. Психические нарушения у пожилых терапевтических больных / Л. А. Подрезова, Т. Р. Маркина, Ю. В. Сейку // Альманах клинической медицины. – 2014. – № 35. – С. 89–93.

197. Полищук, Ю. И. Влияние возрастного фактора на способы совладания с тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами / Ю. И. Полищук, Т. П. Калиниченко // Психическое здоровье. – 2014. – №11(102). – С.39-43.

198. Полищук, Ю. И. Структура способов совладания с тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами в позднем возрасте / Ю. И. Полищук, Т. П. Калиниченко, З. В. Летникова // Психическое здоровье. – 2015. – №3. – С.54-59.

199. Полищук, Ю. И. Выявление тревожных непсихотических расстройств у лиц позднего возраста во внебольничных условиях / Ю. И. Полищук, Т. П.

Калиниченко, З. В. Летникова // Российский психиатрический журнал. – 2016. – №5. – С. 63-67.

200. Полищук, Ю. И. Диагностика и возможности классификации психических расстройств, возникающих в позднем возрасте / Ю. И. Полищук // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – №3. – С. 49–50.

201. Полищук, Ю. И. Гуманитарные основы психиатрии / Ю. И. Полищук, Д. Д. Федотов. – Смоленск : Свиток. – 2017. – 114 с. (С. 61-77).

202. Полторац, С. В. О психодинамических аспектах соотношения психотерапии и психофармакотерапии в лечении пограничных расстройств/ С. В. Полторац, А. В. Васильева // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – №3. – С. 88–92.

203. Прилепский, И. А. Современные тенденции продления возрастных границ среднего возраста / И. А. Прилепский // Вестник МГУКИ. – 2012. – №3 (47) май-июнь. – С. 137-142.

204. Психиатрия : национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова [и др.]. – М. : ГЭОТАР–Медиа, 2009. – С. 331-351.

205. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99). (Класс V МКБ–10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общей редакцией Казаковцева Б. А., Голланда В. Б. – М.: Минздрав России. – 1998. – С. 138-175.

206. Психотерапевтическая энциклопедия / Абабков В. А., Карвасарский Б. Д. Под ред. Б. Д. Карвасарского. – 3–е изд. – СПб. : Питер, 2006. – С. 36-41, 45-51, 76-80, 376-381.

207. Путин, В. В. (2018). Указ «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Официальный сайт президента России. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/57425> [дата обращения: 15.09.2019 г.].

208. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – М. : Бахрах. – 2017. – С. 117-121, 149-152, 492-510.

209. Рекомендации Всемирной Федерации Сообществ Биологической Психиатрии (WFSBP) по фармакотерапии тревоги, обсессивно-компульсивного и посттравматического расстройств Первый Пересмотр В. Bandelow, J. Zohar, E. Hollander, S. Kasper, H.-J. Moller и WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive-compulsive, Post-traumatic Stress Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders – First Revision. The World Journal of Biological Psychiatry. – 2008. – № 9(4). – С. 248-312. Часть 1. // Современная терапия психических расстройств. – 2011. – № 3. – С. 33-40.

210. Решетников, М. М. Психическая травма в психогенезе неврозов / М. М. Решетников // Российский психотерапевтический журнал. – 2014. – №1 (7). – С.48–56.

211. Романова, Е. С. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика / Е. С. Романова, Л. Р. Гребеникова. – Мытищи. Изд. «Талант». – 1996. – 144 с.

212. Семке, В. Я. Личность пациентов с невротическими расстройствами в пространстве концепции клинической персонологии / В. Я. Семке, И. Я. Стоянова // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2 (59). – С. 9–12.

213. Семке, В. Я. Основы пограничной геронтопсихиатрии / В. Я. Семке, Б. Д. Цыганков, С. С. Одарченко. – М. : «Медицина». – 2006. – С. 240-248, 382–384.

214. Сергеев, И. И. Психические расстройства позднего возраста / И. И. Сергеев. Психиатрия : Учебник для студ. мед. вузов / М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко, И. И. Сергеев. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ. – 2006. – С. 387-407.

215. Сергиенко, Е. А. Модель психического: гетерогенность изменений в пожилом и старческом возрасте / Е. А. Сергиенко, А. И. Мелехин // Человек. Сообщество. Управление. – 2016. – № 1. – С. 26–41.

216. Сирота, Н. А. Психологические особенности переживания телесного опыта больных депрессивными расстройствами / Н. А. Сирота, В. А. Соболев,

И. А. Давыдова, М. А. Ярославская [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 6 (23). – URL: <http://mprj.ru>

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

218. Соловьев, А. Г. Диагностика психического состояния лиц пожилого возраста: методические рекомендации / А. Г. Соловьев, И. А. Новикова, В. В. Местечко. – Архангельск: Изд-во СГМУ. – 2014. – 63 с.

219. Соловьев, А. Г. Ранняя диагностика и профилактика психических расстройств в пожилом возрасте: учебно–методическое пособие / А. Г. Соловьев, В. В. Попов, И. А. Новикова. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета. – 2016. – 160 с. (С. 8, 17-20).

220. Соловьева, С. Л. Ресурсы личности/ С. Л. Соловьева // Медицинская психология в России: Электрон. научн. журн. – 2010. – № 2. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://medpsy.ru> [дата обращения: 30.06.2018 г.].

221. Социальное развитие: последующая деятельность по итогам Международного года пожилых людей. Доклад второй Всемирной ассамблеи по проблемам старения. – ООН. – 2013. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.un.org>. [дата обращения: 05.09.2017 г.].

222. Старение в XXI веке: триумф и вызов. Доклад ООН, 2012. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.un.org/ru>. [дата обращения: 03.03.2018 г.].

223. Социальное положение и уровень жизни населения России: стат. сб. М. : Росстат. – 2015. – С. 62.

224. Старостина, Е. Г. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных / Е. Г. Старостина, Г. Д. Тэйлор, Л. К. Квилти и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – № 4. – С. 31-38.

225. Стюарт–Гамильтон, Я. Психология старения 4-е изд. / Я. Стюарт–Гамильтон. – СПб : Питер. – 2010. – С. 165-201.

226. Spulber, D. Социально-психологические аспекты «счастливой старости» и возможности социальных служб в ее обеспечении / D. Spulber, В. М. Гребенникова, Н. И. Никитина // Краснодар: Историческая и социально-образовательная мысль. – 2015. – Том 7. – №7. – Часть 1. – С. 67-75. DOI: 10.17748/2075-9908-2015-7-7/1 -67-75.

227. Суслова, Е. С. Дискурсивный характер системы отношений у пациентов с невротическими расстройствами / Е. С. Суслова, Е. Л. Николаев // Вестник Костром. гос. ун-та имени Н.А. Некрасова. – 2009. – Т. 15. – № 1. – С. 328-332.

228. Сыропятов, О. Г. Методология клинической и социальной психиатрии / О. Г. Сыропятов, Н. А. Дзеружинская, С. А. Игумнов, С. С. Яновский, Т. С. Яновский // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т. 28. – № 2. – С. 63-69.

229. Тархан, А. У. Роль алекситимии в развитии эмоциональных и невротоподобных расстройств при алкогольной зависимости / А. У. Тархан, С. П. Ерошин // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2013. – №4. – С. 51–57.

230. Ташлыков, В. А. Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами / В. А. Ташлыков: пособие для врачей / под ред. В. А. Ташлыкова. – СПб : МАПО. – 1997. – 24 с.

231. Ташлыков, В. А. Личностно–ориентированная (реконструктивная) психотерапия с интеграцией когнитивных и гипносуггестивных техник при лечении соматоформных расстройств / В. А. Ташлыков // Вестник психотерапии: научно–практический журнал. – 2014. – № 49. – С. 23–30.

232. Ташлыков, В. А. Значение неосознаваемых аспектов невротического функционирования в теории и практике личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии / В. А. Ташлыков. Научно-практическая конференция с международным участием «Наука и практика российской психотерапии и психиатрии: достижения и перспективы развития», 5-6 февраля

2016 года, Санкт-Петербург: тезисы / под общей редакцией Н. Г. Незнанова. – СПб. : Альта Астра, – 2016. – С. 71.

233. Ташлыков, В. А. Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для терапии и прогноза / В. А. Ташлыков. 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. – Санкт-Петербург: Алеф-Пресс. – 2018. – С. 91-118

234. Толковый словарь психиатрических терминов: в двух томах. Около 3000 терминов. Т. 2. Н – Я / В. М. Блейхер, И. В. Крук. – Ростов-на-Дону : Феникс. – 1996. – С. 270.

235. Точиллов, В. А. МКБ-10 в России - конец классической психиатрии? / В. А. Точиллов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – № 4. – С. 64-68.

236. Трегубова, А. А. Статистическая оценка субъективного благосостояния российских пенсионеров / А. А. Трегубова, Э. А. Федотова // Финансовые исследования. – 2016. – № 1(50). – С. 75-81.

237. Три возраста тревожности // Эффективная фармакотерапия. – 2018. – № 11. – С. 70-78.

238. Трифонова, Е. А. Стратегии совладания со стрессом и соматическое здоровье человека: теоретические подходы и эмпирические исследования / Е. А. Трифонова // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. Серия Психология. – 2012. – С. 96-108

239. Трифонова, Е. А. Адаптационный потенциал личности и психосоматический риск: проблема копинг-компетентности / Е. А. Трифонова // Известия Рос. гос. пед. ун-та имени А.И. Герцена. – 2013. – № 155. – С. 71–83.

240. Тромбчиньски, П. К. Паттерны личностных черт, взаимосвязанные с клиническими оформленными невротическими расстройствами / П. К. Тромбчиньски // Вестник ЮУГУ. Серия «Психология». – 2017. – Т. 10. – №1. – С. 63-73.

241. Трущелёв, С. А. Условия применения диагностических тестов в психиатрии (аналитический обзор) / С. А. Трущелёв // Российский психиатрический журнал. – 2014. – № 5. – С. 81–91.

242. Трущелёв, С. А. Разработка идей геронтопсихиатрии в трудах профессора С. Г. Жислина / С. А. Трущелёв, Ю. И. Полищук // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2016. – №2. – С. 363–365.

243. Тукаев, Р. Д. Оценка эффективности психотерапии при расстройствах невротического регистра: проблемы, ограничения, возможности / Р. Д. Тукаев, В. Е. Кузнецов, Д. А. Москаленко, Н. М. Петраш // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 3 – С. 92–98.

244. Тювина, Н. А. Гендерные особенности депрессивных расстройств у женщин / Н. А. Тювина, В. В. Балабанова, Е. О. Воронина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2015. – №7(2). – С. 75-79.

245. Усов, Г. М. Современные подходы к терапии психотической депрессии: целесообразность применения флувоксамина / Г. М. Усов // Современная терапия психических расстройств. – 2015. – №1. – С. 25-29.

246. Харламенкова, Н. Е. Посттравматический стресс и совладающее поведение в пожилом возрасте / Н. Е. Харламенкова, Ю. В. Быховец, А. А. Евдокимова // Научный диалог. – 2014. – № 3 (27): Психология. Педагогика. – С. 92-105.

247. Холмогорова, А. Б. Алекситимия и способность к оказанию разных видов социальной поддержки / А. Б. Холмогорова, М. В. Московская, Е. А. Шерягина // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 4. – С. 115-129.

248. Цыганков, Б. Д. Психотерапия в комплексном лечении тревожно-депрессивных расстройств, протекающих на органически неполноценной почве / Б. Д. Цыганков, Г. Р. Иванова, У. Х. Гаджиева // Психическое здоровье. — 2015. — Т. 13. — С. 50–57.

249. Цыганков, Б. Д. Основы пограничной геронтопсихиатрии / Б. Д. Цыганков, И. В. Боев, С. С. Одарченко // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2017. – №12(2). – С. 127–130. DOI – <https://doi.org/10.14300/m№№с.2017.12036>

250. Черкашина, Т. Ю. Работа на пенсии: необходимость или возможность? / Т. Ю. Черкашина // ЭКО: Всероссийский экономический журнал. – 2011. – 4. – С. 101-114.

251. Чехлатый, Е. И. Совладающее поведение у больных неврозами, лиц с преневротическими нарушениями и в социальных группах повышенного риска нервно-психических расстройств. Автореф. дис. д-ра. мед. наук : 19.00.04 / Чехлатый Евгений Иванович : НИПНИ имени В. М. Бехтерева. СПб. – 2007. – 58 с.

252. Чугунов, Д. Н. Психологические механизмы формирования концепции болезни и качества жизни при соматоформных депрессиях. Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.04 / Чугунов Даниил Николпевич. – СПб. – 2006. – 30 с.

253. Шагидаева, А. Б. О старости как последнем этапе онтогенеза/ А. Б. Шагидаева // Молодой ученый. – 2014. – №4. – С. 725–729.

254. Шахматов, Н. Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное / Н. Ф. Шахматов. – М. : Медицина. – 1996 – 30 с. (С. 61).

255. Шергенг, Н. А. Старение и старость как глобальная проблема современности/ Н. А. Шергенг, А. И. Нафикова // Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Том 19. – № 7. – С. 124-126.

256. Шпаковская, О. Г. Роль алекситимии в формировании психосоматических расстройств и зависимых форм поведения / О. Г. Шпаковская, А. В. Копытов // Медицинский журнал. – 2014. – № 4. – С. 31–38.

257. Эрик Г. Эриксон. Детство и общество / Эрик Г. Эриксон. – Изд. 2-е, перераб. и дополн. / Пер. с англ. – СПб. : ООО «Речь». – 2000. – С. 109-123.

258. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис. – 4-е изд., перераб. и доп. – СПб : Питер. – 2013. – С. 20, 452.

259. Юревич, А. В. Психологические аспекты старения / А. В. Юревич // Вопросы психологии – 2018. – № 1. – С. 39-48.



260. Ялтонский, В. М. Психология совладающего поведения: развитие, достижения, проблемы, перспективы / В. М. Ялтонский, Н. А. Сирота. Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / Под ред. А. Л. Журавлева, Т. Л. Крюковой, Е. А. Сергиенко. - М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – С. 21-54.

261. Ялтонский В.М. Современные теоретические подходы к исследованию совладающего поведения [Электронный ресурс]/ В. М. Ялтонский // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 19.00.2020 г.).

262. Яхин, К. К. Психическое здоровье лиц, работающих в условиях воздействия физических факторов производства и производственной среды/ К. К. Яхин // Пограничные психические расстройства: Сборник научных работ / Под ред. чл.–корр. РАН, профессора Ю. А. Александровского. – М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздрава России. – 2014. – С. 344–363.

263. Al Qahtani, A. Prevention of Depression: A Review of Literature/ A. Al Qahtani, N. Al Qahtani // J. Depress Anxiety. – 2017. – Vol. 6. – P. 292. doi:10.4172/2167-1044.1000292

264. American Psychiatric Association. Diagnostic statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: //American Psychiatric Publishing. – 2013. – P. 155-235.

265. Atchley, R. C. Retirement: leaving the world of work II/ R. C. Atchley // Annals of the American Academy of Political and Social Science. – 1982. – Vol. 464. – P. 120-131.

266. Aziz, R. What are the causes of late-life depression? / R. Aziz, D. C. Steffens // Psychiatr. Clin. North. Am. – 2013. – Vol. 36. – P. 497-516.

267. Baltes, P. Coping with age/ P. Baltes, M. Magret // World Health. – 1997. – Vol. 4. – P. 10-11.

268. Baltes, M. M. The psychology of the oldest old: The fourth age / M. M. Baltes // Current Opinion in Psychiatry. – 1998. – Vol. 11. – P. 411-415.

269. Baltes P. B. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation / P. B., Baltes, M. M. Bales // In P. B. Baltes M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press. – 1990. – P. 1–34.

270. Bannink, F. P. Are you ready for positive cognitive behavioral therapy? / F. P. Bannink // *The Journal of Happiness & Well-Being*. – 2013; – Vol. 1 – No 2. – P. 65-73.

271. Bartres-Faz, D. Structural and Functional Imaging Correlates of Cognitive and Brain Reserve Hypotheses in Healthy and Pathological Aging/ D. Bartres-Faz, E. M. Arenaza-Urquijo // *Brain Topogr.* – 2011. – Vol. 24. – No 3-4. – P. 340–357.

272. Bassanini, A. and Caroli E. Is work bad for health? The role of constraint versus choice / A. Bassanini and E. Caroli // *Annals of Economics and Statistics*. – 2015. – No 119/120. December 2015. – P. 13–37.

273. Baxter, A. J. Mental disorders as risk factors: Assessing the evidence for the Global Burden of Disease Study/ A. J. Baxter, F. J. Charlson, A. J. Somerville & H. A. Whiteford // *BMC Medicine*. – 2011. – Vol. – 9. No 1. – P. 134 DOI: 10.1186/1741-7015-9-134 URL: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/134>. [Access date 08.12.2018].

274. Baxter, A. J. Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression/ A. J. Baxter, K. M. Scott, T. Vos, H. A. Whiteford // *Psychological Medicine*. – 2013. – Vol. 43. – No 5. – P. 897–910.

275. Baxter, A. J. Challenging the myth of an “epidemic” of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depressive disorder/A. J. Baxter, K. M. Scott, A. J. Ferrari, T. Vos, H. A. Whiteford // *Depression & Anxiety*. — 2014 Jun. – Vol. 31. – No 6. – P. 506-516.

276. Beck, A. T. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties an inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties/ A. T. Beck, N. Epstein, G. Brown, R. A. Steer // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. – 1988. – Vol. 56. – No 6. – P. 893-897.

277. Behncke, S. Does retirement trigger ill health?/ S. Behncke // *Health Economics*. – 2012. – Vol. 21. – No 3. – P. 282-300.

278. Bengtson, V.L. Theories about Age and Aging/ V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney, M. Silverstein //In: Bengtson, V. L., Silverstein, M., Putney, N. M. and Gans, D., Eds., Handbook of Theories of Aging. Gans Springer Publishing Company. New York. – 2009. – P. 3-24.

279. Berenbaum, H. Alexithymia, anger, and interpersonal behavior/ H. Berenbaum, S. Irvin //Psychother Psychosom. – 1996. – Vol. 65. – No 4. – P. 203-208.

280. Biggs, S. Work, health and the commodification of life's time: reframing work–life balance and the promise of a long life/ S. Biggs, M. McGann, D. Bowman, H. Kimberley //Ageing & Society. – 2017. – Vol. 37. – No 7. – P. 1458-1483. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000404>

281. Birditt, K. S. Enacted support during stressful life events in middle and older adulthood: An examination of the interpersonal context/ K. S. Birditt, T. C. Antonucci, L. Tighe //Psychology and Aging. – 2012. – Vol. 27. – No 3. – P. 728-741.

282. Blay, S. L. Anxiety disorders in old age/ S. L. Blay, V. Marinho //Current Opinion in Psychiatry. – 2012. – Vol. 25 – No 6. – P. 462-467.

283. Borkovec, T. D. Psychological aspects and treatment of generalized anxiety disorder/ T. D. Borkovec //Generalized anxiety disorder: Symptomatology, pathogenesis and management / D. Nutt, K. Rickels, D. Stein (Eds.). Martin Dunitz Ltd. – 2002. – P. 99-110.

284. Brayne, C. EClipSE Collaborative Members. Education, the brain and dementia: neuroprotection or compensation?/ C. Brayne, P. G. Ince, H. A. Keage et al. //Brain. – 2010. – Vol. – 133. – No 8. – P. 2210-2216. doi: 10.1093/brain/awq185

285. Bryant, L. L. In their own words: a model of healthy aging/ L. L. Bryant //Social Science & Medicine. – 2001. – Vol. 53. – P. 927-941.

286. Busse, E. W. Psychoneurotic reactions of the aged/ E. W. Busse //Geriatrics. – 1960. – No 15. – P. 97-105.

287. Cameron, N. Critical periods in human growth and their relationship to diseases of aging/ N. Cameron, E. W. Demerath //American journal of physical anthropology. – 2002. – Vol. 119. – No 35. – P. 159-184.

288. Caprara, M. Active aging promotion: results from the Vital Aging Program/ M. Caprara, M. Molina, R. Schettini et al. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. — 2013. — P. 1-14.

289. Carrascosa-Gil, R. Successful aging: un enfoque holístico/ R. Carrascosa-Gil, A. C. Armayor, M. V. Calatayud // *Gerokomos*. — 2010. — Vol. 21. — No 4. — P. 146-152.

290. Carstensen, L. L. Emotion in second half of life/ L. L Carstensen, S. T. Charles // *Current Directions in Psychological Science*. — 1998. — Vol. 7. — No 5. — P. 144-149.

291. Carstensen, L. L. Socio emotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life/ L. L Carstensen, H. Fung, S. T. Charles // *Motivation and Emotion*. — 2003. — No 27. — P. 103-123.

292. Chang-Quan, H. Education and risk for late life depression: a meta-analysis of published literature/ H. Chang-Quan, W. Zheng-Rong, L. Yong-Hong et al. // *Int. J. Psychiatry Med*. — 2010. — Vol. 40. — No 1. — P. 109-24. doi: 10.2190/pm.40.1. i

293. Change in coping and defense mechanisms across adulthood: Longitudinal findings in a European American sample / M. Diehl, H. Chui, E. L. Hay, M. A. Lumley, D. Gruhn, G. Labouvie-Vief // *Developmental Psychology*. Feb. — 2014. — Vol. 50. — No 2. — P. 634-648.

294. Chapter: Successful aging. In book: *Comprehensive handbook of psychology: Volume 6: Developmental psychology*. Publisher: Wiley Editors: R. M. Lerner, A. Easterbrooks, J. Mistry. — 2013. - P.615-638.

DOI: 10.1002/9781118133880.hop206025

295. Chapman, A. Dialectical Behavior Therapy: Current Indications and Unique Elements/ A. Chapman // *Psychiatry (Edgmont)*. — 2006 Sep. — Vol. — 3. — No 9. — P. 62-68.

296. Charles, C. T. Strength and vulnerability integration: a model of emotional well-being across adulthood/ C. T. Charles // *Psychological Bulletin*. — 2010. — Vol. 136. — No. 6. — P. 1068-1091.

297. Cheng, C. Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review/ C. Cheng, H. P. Lau, M. P. S. Chan // *Psychological Bulletin*. — Nov 2014. — Vol. 140. — No 6. — P. 1582-1607.

298. Cho, J. Successful aging and subjective well-being among oldest-old adults/ J. Cho, P. Martin, L. W Poon //Gerontologist. – 2015 Feb. – Vol. 55. – No 1. – p.132-143. doi: 10.1093/geront/gnu074. Epub 2014 Aug 11.

299. Chrousos, G. P. The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis/ G. P. Chrousos, P. W. Gold //JAMA The Journal of the American Medical Association. – 1992. – Vol. 267. – No 9 – P. 1244-1252. DOI: 10.1001/jama.1992.03480090092034

300. Cosco, T. D. Lay perspectives of successful ageing: a systematic review and meta-ethnography/ T. D. Cosco, A. M. Prina, J. Perales, B. C. Stephan and C. Brayne //BMJ Open. – 2013. – Vol. 3. – No. 6. – P. 1-10.

301. Craske, M. G. What is an Anxiety Disorder?/ M. G. Craske, S. L. Rauch, R. Ursano et al. //Depress Anxiety. – 2009; – Vol. 26. – No 12. – P. 1066–1085.

302. Dean, C. E. The Death of Specificity in Psychiatry: cheers or tears?/ C. E. Dean //Perspectives in Biology and Medicine. – 2012. – Vol. 55. – No 3. – P. 443-60.

303. Depp, C. A. Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies/ C. A. Depp, D. V. Jeste //Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2006. – Vol. 4 – No 1. – P. 6-20.

304. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates/ WHO/MSD/MER/2017.2. – 24 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [Access date 08.12.2018].

305. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association. – 2000. – P. 472–476.

306. Eaton, N. R. An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: evidence from a national sample/ N. R. Eaton, K. M. Keyes, R. F. Krueger et al. //J. Abnorm Psychol. – 2012. – Vol. 121 – No 1. – P. 282-288. doi: 10.1037/a0024780

307. Eibich P. Understanding the effect of retirement on health: mechanisms and heterogeneity/ P. Eibich //Journal of Health Economics. – 2015. – Vol. 43 – No 1. – P. 1-12.

308. Emmelkamp, P. Behavior therapy with adults / P. Emmelkamp //Handbook of psychotherapy and behavior change / M. Lambert (ed.). 5th ed. – N.Y.: Wiley. – 2004. - P. 393-446.

309. European Union (EU) 2012. How Do We Want to Grow Old? Campaigning for a Better Society for Old and Young: European Year for Active Ageing and Solidarity Between Generations 2012.

URL: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7515&langId=en> [Accessed 14 January 2016].

310. European report on preventing elder maltreatment. Edited by Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Marmolejo II, Lowenstein A, Manthorpe G, Kärki FU. WHO Regional Office for Europe. – 2011. – 87 p.

311. Faragher, R. G. A. Should we treat aging as a disease? The consequences and dangers of miscategorisation/ R. G. A. Faragher // *Frontiers in Genetics* – 2015. – Vol. 6. – P. 171. doi: 10.3389/fgene.2015.00171

312. Fernandez-Ballesteros, R. Promoting active aging through university programs for older adults: an evaluation study/ R. Ballesteros, M. A. Molina, R. Schettini R. and A. L. delRey // *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*. – 2012. – Vol. 25 – No 3. – P. 145-154.

313. Folkman, S. Coping as a mediator of emotion/ S. Folkman, R. S. Lazarus // *Journal of Personal and Social Psychology*. – 1998. – Vol. 54 – No 3. – P. 466-475.

314. Фрейд, А. Психология Я и защитные механизмы / А. Фрейд. – М.: Педагогика. – 1993. – С. 43-65.

315. Gary, J. Geriatric mental health care/ J. Gary, M. D. Kennedy // *Clinical Social Work Journal*. – 2000. – Vol. 29 – No 3. – P. 309-310.

316. Gems, D. What is an anti-aging treatment?/ D. Gems // *Exp. Gerontol*. – 2014. – No 58. – P. 14-18. doi: 10.1016/j.exger.2014.07.003

317. Gems, D. The aging-disease false dichotomy: understanding senescence as pathology/ D. Gems // *Front. Genet*. – 2015. – Vol. 16. – No 6. – P. 212.  
doi: 10.3389/fgene.2015.00212.

318. Ghali, W. A. ICD-11 for quality and safety: overview of the WHO quality and safety topic advisory group/ W. A. Ghali //International Journal for Quality in Health Care. – 2013. – Vol. 25 – No 6. – P. 621-625.

319. Global AgeWatch Index 2015: Insight Report, Help Age International 2015 [URL: [http:// www.helpage.org/global-agewatch/](http://www.helpage.org/global-agewatch/)] (Access date: 15.01.2016)

320. Goldberg E. The wisdom paradox. How your mind can grow stronger as your brain grows older/ E. Goldberg. – N. Y.: Gotham Boks. – 2005. – 337 p.

321. Goncalves, D. C. Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review and meta-analysis/ D. C. Goncalves, G. J. Byrne //J. Anxiety Disord. – 2012. – Vol. 26 – No 1. – P. 1-11.

322. Gorman, J. M. Comorbid depression and anxiety spectrum disorders/ J. M. Gorman //Depress Anxiety. – 1966-1967. – Vol. 4 – No 4. – P. 160-168. doi: 10.1002/(SICI)1520-6394(1996)4:4<160::AID-DA2>3.0.CO;2-J. PMID: 9166648.

323. Graffigna, G. Patient Engagement: The Key to Redesign the Exchange Between the Demand and Supply for Healthcare in the Era of Active Ageing/ G. Graffigna, S. Barello, G. Riva, A. C. Bosio //Studies in Health Technology and Informatics. – 2014. – 203. – P. 85-95.

324. Gur, R. E. Gender differences in aging: cognition, emotions, and neuroimaging studies/ R. E. Gur, R. C. Gur //Dialogues in clinical neuroscience. – 2002. – Vol. 4 – No 1. – P. 197-210.

325. Grynberg, D. Alexithymia in the interpersonal domain: a general deficit of empathy?/ D. Grynberg, O. Luminet, O. Corneille, J. Grezez, O. Berthoz //Personality and Individual Differences. – 2010. – Vol. 49 – No 8. – P. 845-850.

326. Hartley, A. Successful aging: The role of cognitive gerontology/ A. Hartley, L. Angel, Alan Castel et al. //Experimental Aging Research. – 2018. – Vol. 44 – No 1. – P. 82-93. DOI: 10.1080/0361073X.2017.1398849

327. Hammen, C. Stress generation in depression: Reflections on origins, research, and future directions/ C. Hammen //J Clin Psychol. — 2006. – Vol. 62 – No 9. – P. 106582. doi: 10.1002/jclp.20293

328. Hautzinger, M. Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter/ M. Hautzinger, S. Welz //Gerontol Geriat. – 2004. – Vol. 37. – No 6. – P. 427-435  
URL:<https://doi.org/10.1007/s00391-004-0262-x>

329. Heim, E. Coping and psychosocial adaptation/ E. Heim //Journal of Mental Health Counseling. – 1988. – Vol. 10. – P. 136-144.

330. Hendryx, M. S. Dimensions of Alexithymia and their relationships to anxiety and depression/ M. S. Hendryx, M. G. Haviland, D. G. Shaw //Journal of Personality Assessment. – 1991. – Vol. 56. – No 2. – P. 227-237.

331. Heuft, G. Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie/ G. Heuft, A. Kruse und H. Radebold. - Munchen; Basel. – 2000. – P. 33-44.

332. Huh, J. Treatment of generalized anxiety disorder: a comprehensive review of the literature for psychopharmacologic alternatives to newer antidepressants and benzodiazepines/ J. Huh, D. Goebert, J. Takeshita, B. Y. Lu, M. Kang //Prim. Care Companion CNS Disord. –2011. – Vol. 13 – No 2. – PCC.08r00709. doi: 10.4088/pcc.08r00709blu.

333. Ichida, Y. Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study/ Y. Ichida, H. Hirai, K. Kondo, I. Kawachi, T. Takeda and H. Endo //Social Science & Medicine. – 2013 Oct. – No 94. – P. 83-90. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.05.006.

334. Insler, M. The health consequences of retirement/ M. Insler //Journal of Human Resources. – 2014. – Vol. 49 – No 1. – P. 195-233

335. Irigaray, T. Q. Effects of a cognitive training on the quality of life and well-being of healthy elders/ T. Q. Irigaray, R. H. Schneider and I. Gomes //Psicologia: Reflexão e Crítica. –2011. – Vol. 24 – No 4. – P. 810-818.

336. Iwamasa, G. Y. A new multidimensional model of successful aging: perceptions of Japanese American older adults/ G. Y. Iwamasa, M. Iwasaki //J. Cross-Cult. Gerontol. –2011. – Vol. 26. – No 3. – P. 261-278.

337. Joiner, T. E. Stress generation in depression: Three studies on its resilience, possible mechanism, and symptom specificity/ T. E. Joiner, L. R. Wingate, T. Gencoz et



al. //J Soc Clin Psychol. – 2005. – Vol. 24. – No 2. – P. 236-253. doi: 10.1521/jscp.24.2.236.62272.

338. Kahana, E. Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation / E. Kahana, B. Kahana. In V. L. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging. Research on continuities and discontinuities.* - New York: Springer. – 1996. – P. 18–40.

339. Kanning, M. A bio-psycho-social model of successful aging as shown through the variable "physical activity" / M. Kanning, W. Schlicht //Eur. Rev. Aging Phys. Act. – 2008. – Vol. 5. – No 2. – P. 79-87. DOI: 10.1007/s11556-008-0035-4

340. Kirkwood, T. B. A systematic look at an old problem/ T. B. Kirkwood //Nature. – 2008 Feb 7. – Vol. 451. – No 7179. – P. 644-7.

URL: <http://dx.doi.org/10.1038/451644a>. [Accessed 14 January 2016].

341. Kowal, P. Ageing alongside and outside EU borders/ P. Kowal, Sh. Williams, S. Chatterji //BMJ. – 2011. Aug 2. – P. 343. DOI: 10.1136/bmj. d4885

342. Kozar-Westman, M. Successful Aging Among Assisted Living Community Older Adults/ M. Kozar-Westman //J. Nurs. Scholarsh. – 2013. – Vol. 45. – No 3. – P. 238-246.

343. Lampl, C. Headache, depression and anxiety: associations in the Eurolight project/ C. Lampl, H. Thomas, C. Tassorelli et al. //The Journal of Headache and Pain. – December 2016. – Vol. 17. – P. 59. URL:<https://doi.org/10.1186/s10194-016-0649-2>.

344. Lee, E. K. O. Body–mind–spirit practice for healthy aging/ E. K. O. Lee, H. Yoon, J. Lee, J. Yoon, E. Chang //Educational Gerontology. – 2012. – Vol. 38. – No 7. – P. 473-485.

345. Liliana, I. Active ageing and successful ageing as explicative models of positive evolutions to elderly people/ I. Liliana, M. Lucian //Scientific Annals of the Alexandru Ioan Cuza University. New Series. Sociology and Social Work Section. – 2012. – Vol. 5. – No 1. – P. 79-91.

346. Liu, Q. Depressive symptoms and their association with social determinants and chronic diseases in middle-aged and elderly Chinese people/ Q. Liu, H. Cai, L. H.

Yang et al. //Sci Rep. – 2018. – Vol. 8. – No 1. – P. 3841. doi:10.1038/s41598-018-22175-2

347. Liu, R. T. Stress generation in depression: a systematic review of the empirical literature and recommendations for future study/ R. T. Liu, L. B. Alloy //Clin Psychol Rev. – 2010. – Vol. 30. – No 5. – P. 582-593. doi: 10.1016/j.cpr. 2010.04.010

348. López-Otín, C. The Hallmarks of Aging/ C. López-Otín, M. A. Blasco, L. Partridge, M. Serrano, G. Kroemer //Cell. – 2013. – Vol. 153. – No 6. – P. 1194-1217. doi: 10.1016 / j.cell.2013.05.039

349. Loretto, W. Rethinking retirement: changing realities for older workers and employee relations? / W. Loretto, D. Lain, S. Vickerstaff //Employee Relations. – 2013. – Vol. 35. – No 3. – P. 248-256.

350. Maddi, S. R. The personality construct of hardiness, III: Relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance/ S. R. Maddi, R. H. Harvey, D. M. Khoshaba, J. L. Lu, M. Persico, M. Brow //Journal of Personality. – 2006. – Vol. 74. – No 2. – P. 575-597. doi:10.1111/j.1467-6494.2006.00385.x. PMID 16529587.

351. Maercker, A. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11/ A. Maercker, C. R. Brewin, R. A. Bryant et al. //World Psychiatry. – 2013, Oct. – Vol. 12. – No 3. – P. 198-206. DOI: 10.1002/wps.20057

352. Mattila, A. K. Alexithymia and life satisfaction in primary healthcare patients/ A. K. Mattila, O. Poutanen, A. M. Koivisto, R. K. R. Salokangas, M. Joukamaa //Psychosomatics 2007. – Vol. 48. – No 6. – P. 523-529.

353. Maj, Mario. Социальный образ психиатрии и приверженность терапии среди душевнобольных/ Mario Maj //World Psychiatry (на русском). – 2013. – Vol.12. – No 3. – P. 177-178.

354. Martin, P. The epidemiology of anxiety disorders: a review/ P. Martin //Dialogues Clin. Neurosci. – 2003. – N 5. – P. 281-298.

355. Matusiewicz, A. K. The effectiveness of cognitive behavioral therapy for personality disorders/ A. K. Matusiewicz, C. J. Hopwood, A. N. Banducci, C. W. Lejuez

//Psychiatr Clin North Am. – 2010 Sep. – Vol. 33. – No 3. – P. 657-685. DOI 10.1016/j.psc.2010.04.007

356. McCusker, J. Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients/ J. McCusker, M. Cole, E. Keller et al. //Archives of Internal Medicine, – 1998. – Vol. 158. – No 7. – P. 705-712.

357. Menichetti, J. et al. Engaging older people in healthy and active lifestyles: a systematic review/ J. Menichetti et al. //Ageing & Society. – 2016. – Vol. 36. – No 10. – P. 2036-2060. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X15000781>

358. Mental health of older adults. 12 December 2017.

URL:<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. [Accessed 20 January 2018].

359. Möller, H. J. The relevance of “mixed anxiety and depression” as a diagnostic category in clinical practice/ H. J. Möller, B. Bandelow, H. P. Volz et al. //European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. – 2016. – Vol. 266. – No 8. – P. 725-736. – DOI: 10.1007/s00406-016-0684-7

360. Montes-de-Oca, V. Older persons and human rights in Latin America and the Caribbean/ V. Montes-de-Oca, M. Paredes, V. Rodríguez, S. Garay //International Journal on Ageing in Developing Countries. – 2018. – Vol. 2. – No 2. – P. 149-164

URL:[https://www.researchgate.net/journal/10958940\\_Journal\\_of\\_health\\_population\\_in\\_developing\\_countriessT](https://www.researchgate.net/journal/10958940_Journal_of_health_population_in_developing_countriessT) [Accessed 14 January 2019].

361. Morita therapy. In: Handbook of Innovative psychotherapies/ [Ed. by] Raymond Corsini. – 2nd ed. – John Wiley & Sons, Inc. – 2001. – P. 392-400.

362. Moulaert, T. International and European policy on work and retirement: reinventing critical perspectives on active ageing and mature subjectivity/ T. Moulaert, S. Biggs //Human Relations. 2013. – Vol. 66. – No 1. – P. 23-43.

363. Myers, S. M. Men's retirement and marital quality/ S. M. Myers, A. Booth //Journal of Family Issues. – 1996. – Vol. 77. – P. 336-357.

364. Nikolaev, E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy/ E. Nikolaev //The International Journal of Person Centered Medicine. – 2011. – Vol. 1. – No 3. – P. 482-485.

365. Nolin, JoAnn. Health and social service needs of older adults: Implementing a community based needs assessment/ JoAnn Nolin, Sharon T. Wilburn, Kenneth T. Wilburn, Dax Weaver //Evaluation and Program Planning. – 2006. – Vol. 29. – No 3. – P. 217-226.

366. Ogle, Ch. M. The impact of the developmental timing of trauma exposure on PTSD symptoms and psychosocial functioning among older adults/ Ch. M. Ogle, D. C. Rubin, I. C. Siegler //Developmental Psychology. – Nov 2013. – Vol. 49. – No 11. – P. 2191-2200.

367. Ouwehand, C. A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy/ C. Ouwehand //Clinical Psychology Review. – 2007. – Vol. 27. – No 8. – P. 873–884.

368. Padesky, C. A. Strengths-based cognitive-behavioural therapy: a four-step model to build resilience/ C. A. Padesky, R. A. Mooney //Clinical Psychology and Psychotherapy. – 2012. – Vol. 19 – No 4. – P. 283-290.

369. Pardon, M. C. Stress and Ageing Interactions. A Paradox in the Context of Shared Etiological and Physiopathological Processes/ M. C. Pardon //Brain Research Reviews. – 2007. – Vol. 54 – No 2. – P. 251-273.

URL:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brainresrev.2007.02.007>.

370. Penley, J. A. The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review/ J. A. Penley, J. Tomaka, J. S. Wiebe //J. Behav Med. – 2002. – Vol. 25 – No 6. – P. 551-603.

371. Pinguart, M. How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults? A meta-analysis/ M. Pinguart, S. Sorensen //Journal of Mental Health and Aging. – 2001. – Vol. 7 – No 2. – P. 207-243.

372. Plutchic, R. A structural theory of ego defenses and emotions/ R. Plutchic, H. Kellerman, H. R. Conte. Emotions in personality and psychopathology, ed. by C.E. Izard. Boston, MA: Springer, Publ. – 1979. – P. 229-257. DOI: [doi.org/10.1007/978-1-4613-2892-6\\_9](http://doi.org/10.1007/978-1-4613-2892-6_9)

373. Plutchik, R. Measuring emotions and their derivatives: Personality traits, ego defenses, and coping styles/ R. Plutchic, H. R. Conte. In S. Wetzler, & M. Katz (Eds.),

Contemporary approaches to psychological assessment. N.Y.: Brunner/Mazel. – 1989. – P. 239-269.

374. Plutchic, R. A. Theory of Ego defenses. Ego defenses: theory and measurement/ H. R. Conte, R. Plutchic (Eds.). The Einstein Psychiatry Series. – 1997. – P. 13-37.

375. Potvin, O. Anxiety disorders, depressive episodes and cognitive impairment no dementia in community-dwelling older men and women/ O. Potvin, C. Hudon, M. Dion et al. //Int J. Geriatr Psychiatry. – 2011. – Vol. 26 – No 10. – P. 1080-1088. DOI: 10.1002/gps.2647

377. Putilov, A. Natural treatments for seasonal and non-seasonal depression: a review of literature and comparison of antidepressant responses/ A. Putilov //Sci. J. Rev. – 2013. – Vol. 2 – No 1. – P. 11-36.

378. Rattan, S. I. Aging is not a disease: implications for intervention/ S. I. Rattan. Aging Dis. – 2014 Jun 1. – Vol. 5 – No 3. – P. 196-202. doi: 10.14336/AD.2014.0500196.

379. Riecher-Rössler, A. Sex and gender differences in mental disorders/ A. Riecher-Rössler //Lancet Psychiatry. – 2017. – Vol. 4 – No 1. – P. 8-9.

380. Robare, J. F. The ‘10 keys’ to healthy aging 24-month follow-up results from an innovative community-based prevention program/ J. F. Robare, C. M. Bayles, A. B. Newman et al. //Health Education & Behavior. – 2011. – Vol. 38 – No 4. – P. 379-388.

381. Robin A. McCann. Пограничное расстройство личности/ Robin A. McCann, M. Elissa. В кн.: Секреты психиатрии / Джеймс Л. Джекобсон, Алан М. Джекобсон; Пер. с англ.; Под общ. ред. акад. РАМН П. И. Сидорова. – М.: МЕДпресс-информ. – 2007. – 2-е изд. – Гл. 38, с. 236-245.

382. Rowland, D. T. Successful aging/ D. T. Rowland //Population Aging International Perspectives on Aging. – 2012. – Vol. 3. – P. 151-165.

383. Sayegh, P. South Asian and Middle Eastern American Older Adults: Dementia, Mood Disorders, and Anxiety Disorders/ P. Sayegh, J. Kellough, P. G. Otilingam et al. //Clinical Gerontologist. – 2013. – Vol. 36 – No 3. – P. 216-240.

384. Seligman, M. E. Learned Optimism/ M. E. Seligman. NSW: Random House Australia. – 1992. – P. 18-34.

385. Schroder, K. E. Coping competence as predictor and moderator of depression among chronic disease patients/ K. E. Schroder //Journal of Behavioral Medicine. – 2004. – Vol. 27 – No 2. – P. 123-145. doi: 10.1023/b: jobm.0000019848. 84779.a9. PMID: 15171103.

386. Siqueira-Campos, V. M. Anxiety and depression in women with and without chronic pelvic pain: prevalence and associated factors/ V. M. Siqueira-Campos, R. A. Da Luz, J. M. de Deus, E. Z. Martinez, D. M. Conde //J. of Pain Research. – 2019. – Vol. 12. – P. 1223-1233. DOI <https://doi.org/10.2147/JPR.S195317>

387. Sorensen, S. Optimism and planning for future care needs among older adults/ S. Sorensen, J. K. Hirsch, J. M. Lyness // GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry. Mar 2014. – Vol. 27 – No 1. – P. 5-22.

388. Steel, Z. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013 / Z. Steel, C. Marnane, C. Iranpour et al. //International Journal of Epidemiology. – 2014. – Vol. 43 – No 2. – P. 476-493. – DOI: 10.1093/ije/dyu038

389. Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Brussels, European Commission, 2011.

URL:[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering\\_group/implementation\\_plan.pdf](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering_group/implementation_plan.pdf). [Accessed 14 January 2016].

390. UNFPA. The State of World Population 2012. URL: [http://www.unfra.org/webdav/site/global/shared/swp/2012/EN\\_SWOP2012\\_Report.pdf](http://www.unfra.org/webdav/site/global/shared/swp/2012/EN_SWOP2012_Report.pdf) [Accessed 14 January 2016].

391. UNFPA. World Population Ageing 2009 / UNFPA. – 2010. – United Nations New York. – 73 p.

392. Unutzer, J. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting / J. Unutzer, W. J. Katon, C. M. Callahan et al. // JAMA. – 2002. – Vol. 288. – No. 22, Dec. 11. – P. 2836-2845.

393. Tatulian, S. E. The Influence of Somatoneurological Decompensations in the Course of Old-age Depressive Disorders / S. E. Tatulian, V. V. Yavorskaya, Z. A.

Zheltyakova et al. // *International Journal of Mental Health*. – 2005. – Vol. 34. – No 4. – P. 71-80.

394. Taylor, G. J. Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian journal of psychiatry* / G. J. Taylor // *Revue canadienne de psychiatrie*. – 2000. – Vol. 45. – No 2. – P. 134-142.

395. Victor, T.W. Association between migraine, anxiety and depression / T.W. Victor, X. Hu, J. Campbell et al. // *Cephalalgia*. – 2010. – Vol. 30. No 5. – P. 567-575

396. Wang, Q. Research Progress on Aging Mechanisms / Q. Wang, F. Zhou, W. Xie, X. Zhao, X. Liu // *Advances in Aging Research*. – 2016. – Vol. 5. – No 02 – P. 49-57. doi: 10.4236/aar.2016.52005.

397. Webster-Wright, A. Grace and Grit: The Politics, Poetics and Performance of Ageing as a Woman / A. Webster-Wright // *J. Life Writing*. – 2019. – Vol. 16. – No 1. – P. 97-111.

398. WHO: By 2050 the number of people aged over 60 will be double; need drastic social changes. URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/re-leases/2015/older-persons-day/ru/> [the date of circulation of 03.03.2017]

399. WHO, Interesting facts about ageing. 2012. URL: <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/index.html> [Accessed 30 June 2017].

400. Widiger, T. A. DSM's approach to gender: history and controversies / T. A. Widiger. 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.

401. Wiederhold, B. K. 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 / B. K. Wiederhold, G. Riva and G. Graffigna // *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*. – 2013. – Vol. 16. – No 2. – P. 411-412. <https://doi.org/10.1089/cyber.2013.1520>

402. Wiles, N. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaIT randomised controlled trial / N. Wiles, L. Thomas, A. Abel, N. Ridgway et al. // *Lancet*.

2-8 February. – 2013. – Vol. 381. – Issue 9864. – P. 375-384. DOI:10.1016/S0140-6736(12)61552-9. PMID 23219570.

403. World health statistics overview 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/DAD/2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. URL:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311696/WHO-DAD-2019.1-eng.pdf> [Access date 10.12.2018].

404. World Health Organization. Active aging: A policy framework. Geneva. – 2002. – 57 p. C 12-16.

405. World Health Statistics (2016) Monitoring health for the SDGs. World Health Organization, Geneva.