

20. Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К. Может ли культурно-историческая концепция Л.С.Выготского помочь нам лучше понять, что мы делаем как психотерапевты? Культурно-историческая психология. 2011. №3. С.108-119.
21. Юдин Э. Г. Методология науки. Системность. Деятельность. – М., 1997.
22. Baker M. G., Menken M. Time to abandon the term mental illness // Br. Med. J. – 2001. – V. 322.
23. Bakker G., Gardner R., Koliatsos V., Kerbishian J., Looney J. G., Sutton B., Swann A., Verhulst J., Wagner K. D., Wamboldt F. S., Wilson D. R. The Social Brain: A unifying Foundation for Psychiatry // Academic Psychiatry. – 2002. – V. 26.
24. Bolton D. The usefulness of Wakefield's definition for the diagnostic manuals // World Psychiatry. – 2007. – V. 6(3).
25. Burns J. The social brain hypothesis of schizophrenia // World psychiatry. – 2006. – V. 5(4).
26. Brothers L. The neuronal basis of primate social communication // Motivation and Emotion. – 1990. – V. 14.
27. Ciompi L. Auf dem Weg zu einem kohärenten multidimensionalen Krankheits- und Therapieverständnis der Schizophrenie: Konvergierende neue Konzepte / H. Brenner, W. Böker (Hrsg.) // Bewältigung der Schizophrenie. – Bern, 1986.
28. Fava J. The biopsychosocial model thirty years later // Psychotherapy and Psychosomatics. – 2008. – V. 77.
29. Frith C. The cognitive neuropsychology of schizophrenia. – Hove, 1992.
30. Gold I., Kirmayer L. J. Cultural psychiatry on Wakefield's procrustean bed // World Psychiatry. – 2007. – V. 6(3).
31. Jablinsky A. Does psychiatry need an overarching concept of "mental disorder"? // World Psychiatry. – 2007. – V. 6(3).
32. Kirmayer L. J. Culture, context and experience in psychiatric diagnosis // Psychopathology. – 2005. – V. 38(4).
33. Wakefield J. S. Disorder as Harmful disfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder // Psychol. Rev. – 1992. – V. 99.
34. Wakefield J. S. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis // World Psychiatry. – 2007. – V. 6(3).
35. Zubin J. – Die Anpassung therapeutischer Interventionen an die wissenschaftlichen Modelle der Ätiologie / W. Böker, H. Brenner (Hrs.) // Schizophrenie als systemische Störung. – Bern, 1989.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ СТАРЕНИЯ В РОССИИ: ИСТОКИ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

И.Ф. Рощина, Е.Ю. Балашова

Авторы предлагаемой вниманию читателей статьи в разное время учились и работали под руководством доктора психологических наук, профессора Юрия Федоровича Полякова (1927-2002) – выдающегося отечественного клинического психолога. Ю.Ф. Поляков был одним из первых учеников Б.В. Зейгарник, вместе

с которой он много сделал для создания как научной, так и практической клинической психологии в СССР и в России. Профессор Ю.Ф. Поляков 28 лет руководил лабораторией патопсихологии в Институте психиатрии АМН СССР, преобразованном ныне в ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, а также 21 год возглавлял кафедру нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова. Под его руководством выполнена целая серия ставших уже классическими научных работ, посвященных раскрытию своеобразия познавательной деятельности у больных шизофренией (Поляков, 1974; Критская, Мелешко, Поляков, 1991).

Интенсивное и осмысленное развитие теоретических и прикладных аспектов клинической психологии было, несомненно, в центре смысловой сферы профессиональной деятельности Ю.Ф. Полякова в течение двух последних десятилетий его жизни. Одним из наиболее важных и интересных направлений клинико-психологических исследований, стартовавших в России в начале 80-х гг. прошлого века, стала нейропсихология старения (Поляков и соавт., 1985; Корсакова, 1996). Нам хотелось бы обсудить ряд вопросов, связанных с причинами возникновения этой области научного знания и с особенностями, характеризующими ее современный облик.

Внимание российских ученых-психологов к проблемам старения было обусловлено целым рядом причин. Это и глобальные изменения демографической ситуации, связанные с быстрым увеличением доли в населении многих стран мира людей пожилого и старческого возраста, и впечатляющие успехи отечественной геронтологии и гериатрии (Мечников, 1987; Павлов, 1973; Давыдовский, 1966; Шахматов, 1996; Фролькис, 1969; 1970; 1988; Штернберг, 1967, 1977). Напомним, что Ю.Ф. Поляков долгие годы был хорошо знаком с Э.Я. Штернбергом по совместной работе в Институте психиатрии АМН СССР. Не следует забывать и о том, что основоположники российской патопсихологии, учителя Ю.Ф. Полякова Б.В. Зейгарник и С.Я. Рубинштейн живо интересовались проявлениями распада познавательной деятельности и нарушениями различных психических функций, которые могут возникать при патологическом старении.

Например, в монографии Б.В. Зейгарник «Основы патопсихологии» (1986), в разделе, где речь идет о нарушениях восприятия, специально и подробно рассматриваются т.н. «псевдоагнозии», возникающие при органических деменциях позднего возраста. Эти расстройства восприятия выражаются, по мнению Б.В. Зейгарник, в диффузности, недифференцированности гностической деятельности, в трудностях узнавания «силуэтных и пунктирных рисунков, ситуационных картинок» (Зейгарник, 1986, с. 137). Блюма Вульфовна пишет о том, что слабоумные больные, не понимая смысла сюжета, часто описывают отдельные предметы, не видя их сюжетной связи. Отдельные части рисунка сливаются, смешиваются с фоном, изображения предметов не узнаются. Предмет узнавания обуславливается той частью рисунка, на которой больной фиксирует свое внимание (там же). Ссылаясь на описание Г.В. Биренбаум (1934, 1935), Блюма Вульфовна упоминает о том, что у некоторых больных органической деменцией наблюдаются не только перечисленные выше симптомы, но и нарушения восприятия структуры и формы объектов, сочетающиеся с дефицитом оптического внимания. Трудности узнавания у слабоумных больных может вызывать и необычная пространственная ориентация изображений (Зейгарник, 1986).

Б.В. Зейгарник указывает, что при сосудистых заболеваниях головного мозга (особенно характерных для пожилого и старческого возраста) нарушается умственная работоспособность. Об этом свидетельствует тот факт, что у больных резко замедляется или делается крайне неравномерным темп поиска чисел в таблицах Шульте. Эти изменения умственной работоспособности могут быть, по мнению Б.В. Зейгарник, одной из причин неравномерности выполнения интеллектуальных заданий, могут приводить к колебаниям уровня достижений или к истощаемости.

Внимание Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн и их коллег привлекали и изменения при патологическом старении таких принципиальных для реализации психической деятельности функций, как память и мышление. В исследованиях больных в возрасте от 60 до 83 лет (Зейгарник, 1962) были констатированы грубые нарушения опосредованного запоминания, снижение объема и прочности запоминания при заучивании 10 слов, отвлекаемость, соскальзывание на

побочные ассоциации, неадекватность и нелепость суждений. Было также выявлено, что нарушения памяти и мышления часто сопровождаются амнестической дезориентировкой в месте и времени.

С.Я. Рубинштейн, исследуя у таких пациентов оптико-моторные координации и другие навыки, пришла к выводу о наличии у них нарушений динамических параметров психической деятельности, колебаний умственной работоспособности, трудностей сосредоточения и распределения внимания (Рубинштейн, 1965).

В концентрации внимания клинических психологов на проблемах старения сыграло роль и осознание необходимости развития нейропсихологических представлений о возрастных особенностях мозговой организации психических функций в раннем и позднем онтогенезе.

В 21 веке в России клиническая психология старения (в тесном контакте с геронтопсихиатрией) продолжает давнюю и плодотворную традицию многоаспектных научных исследований. Изучая характерные для периода позднего онтогенеза системные изменения психической деятельности и возрастные перестройки отдельных психических функций, психологи неизбежно сталкиваются с необходимостью как осмысления и развития базисных теоретико-методологических представлений, так и разработки и использования отвечающих разнообразным диагностическим задачам методических приемов.

Что касается теоретико-методологического базиса клинической психологии старения, то он, разумеется, не ограничивается только нейропсихологической парадигмой, хотя идеи А.Р. Лурии о системной динамической локализации психических функций и трех структурно-функциональных блоках мозга всегда будут принципиально важными для этой области научного знания (Лурия, 1962, 1973; Корсакова Н.К., 1996; Корсакова Н.К., 1997; Рощина И.Ф. и др., 2007). Методология российской клинической психологии старения сегодня тесно интегрирована и с другими фундаментальными теориями отечественной психологии. Так, интерпретация нормальных и патологических изменений психических процессов и когнитивных навыков при физиологическом старении и психических расстройствах позднего возраста с позиций теории деятельности А.Н. Леонтьева (Леонтьев, 1977, 1981) и теории поэтапного формирования

умственных действий П.Я. Гальперина (Гальперин, 1965) открывает нам сложную картину разноуровневых перестроек психики и поведения стареющего человека. Идеи Л.С. Выготского о знаково-символическом опосредовании высших психических функций, об их реализации с помощью разнообразных «психологических орудий» находят применение в исследованиях саморегуляции, компенсаторных приемов и стратегий, адаптирующих пожилых и старых людей к возрастным изменениям в работе мозга и когнитивной сферы (Корсакова, Балашова, 1995; 2007).

Наряду с использованием классической методологической парадигмы предпринимаются и попытки создания оригинальных концептуальных теоретических моделей позднего онтогенеза (Корсакова, 1996; Корсакова, Московичюте, 2003; Корсакова, Рощина, 2009). Так, в рамках нейропсихологического подхода рассматриваются идеи о том, что нормальное старение, наряду с возрастными ограничениями всех психических процессов, характеризуется наличием компенсаторных феноменов, гетерохронностью, гетеротопностью и гетеродинамичностью изменений психики, наличием индивидуальных различий, обусловленных влиянием биологических и средовых (в том числе, социокультурных) факторов (Корсакова, Рощина, 2009, 2010).

Специфика российского подхода к разработке клинической психологии старения состоит, на наш взгляд, в неразрывной связи методологических и методических аспектов изучения функционирования психики в позднем онтогенезе, и заслуживает детального обсуждения. Ведь сегодня происходит не только постоянный поиск новых методических приемов, позволяющих исследовать различные аспекты когнитивной сферы при нормальном и патологическом старении, но и осмысление возможностей, достоинств и ограничений этих приемов.

Известно, что в современной геронтопсихиатрии для оценки психической сферы больных позднего возраста с мнестико-интеллектуальным снижением и деменциями различного генеза применяются методы: клинко-психопатологический, нейровизуализационный, нейропсихологический. Клинко-психопатологический метод, кроме сбора анамнеза и описания психического статуса пациента, включает использование клинических шкал,

оценивающих наблюдаемые у него симптомы. Нейropsychологическое обследование сегодня является необходимым компонентом исследования пациентов с когнитивным снижением. Оно может быть как комплексным (т.е. полным), так и носить скрининговый характер.

Скрининговые методики позволяют довольно быстро (за 10-20 минут) получить количественные данные о состоянии когнитивных функций у больного. Эти методики отличаются небольшим набором проб и системой количественной оценки, которая указывает на степень мнестико-интеллектуального снижения пациента. Среди скрининговых методик наиболее часто используются такие методики, как Минитест оценки психического статуса (MMSE, Mini Mental State Examination), Монреальская шкала когнитивной оценки (МОСА), Шкала оценки деменции Маттиса (MDRS, Mattis Dementia Rating Scale), Тест рисования часов (CDT, Clock Drawing Test), Тест лобной дисфункции (FAB, Frontal Assessment Battery) (Гаврилова, 2003). Методика MMSE представляет собой набор из 30 проб на ориентировку в месте и времени, память, счет, речь, конструктивный праксис, понимание, письмо, чтение. Если испытуемый набирает по результатам MMSE меньше 26 баллов, то можно предполагать наличие когнитивного дефицита. Шкала МОСА построена аналогично, но включает более сложные пробы на ориентировку в месте и времени, внимание, память, речь, оптико-пространственную деятельность, вербальное мышление. Данная методика учитывает уровень образования пациента (к сумме баллов добавляют один балл, если обследуемый имеет менее 12 лет образования). Максимальное количество баллов – 30; психически здоровые испытуемые обычно набирают 26 баллов или больше. Тест рисования часов направлен на диагностику одного конкретного вида оптико-пространственной деятельности, которая снижается или нарушается практически при всех деменциях позднего возраста. Шкала оценки деменции Маттиса включает довольно много заданий, исследующих внимание, память, речь, мышление, конструктивный праксис, произвольную регуляцию деятельности. Это позволяет количественно оценить больше составляющих когнитивной сферы, чем вышеперечисленные методики. Тест лобной дисфункции был предложен для скрининга деменций с преимущественным

поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур, то есть когда чувствительность MMSE может быть недостаточной.

Все разработанные в зарубежных странах шкалы для оценки мнестико-интеллектуального функционирования в позднем возрасте обладают определенными достоинствами. Прежде всего, они позволяют оценить когнитивную сферу посредством использования портативных методик. Кроме того, эти шкалы могут быть применены для оценки динамики психической сферы и поведения в ходе заболевания. Вместе с тем, комбинация из двух-трех методик для разграничения нормы и патологии, особенно на ранних стадиях развития процессов, ведущих к слабоумию, является недостаточной с позиций развиваемого отечественной нейро- и патопсихологией синдромного (системного) анализа изменений психической деятельности (Лурия, 1962; Зейгарник, 1986). Синдромный анализ, безусловно, открывает более широкие возможности для определения целостной картины изменений психической деятельности при старении.

В частности, нейропсихологические исследования, опирающиеся на концепцию А.Р. Лурии о трех структурно-функциональных блоках мозга, позволили выявить комплексы мозговых зон и систем, приоритетно вовлеченные в патологический процесс при атрофических деменциях позднего возраста (Поляков и соавт., 1985; Рощина, 1993; и др.). Реализованное в той же логике исследование здоровых испытуемых пожилого и старческого возраста позволило описать типологию нормального старения (Корсакова, Рощина, 2010). В основу выделения вариантов нормального старения положен принцип выявления наиболее слабого и сензитивного к нагрузке в клинико-психологическом эксперименте нейропсихологического фактора, связанного с функциями первого, второго или третьего структурно-функциональных блоков мозга. В основе первого, наиболее часто встречающегося, варианта старения лежит снижение уровня энергетического обеспечения психической и поведенческой активности. Второй вариант старения связан с дефицитом симультанности в переработке информации, что в первую очередь проявляется в зрительно-пространственной сфере.

Третий вариант характеризуется снижением произвольной регуляции деятельности в таких ее звеньях, как прогнозирование результата и построение программ, адекватных задаче и возможностям индивида.

Анализируя в целом методический арсенал современной отечественной клинической психологии старения, можно констатировать следующее. Методики, с помощью которых исследуются лица пожилого возраста, одновременно должны быть: 1) чувствительны к выявлению индивидуальных паттернов сохранных и уязвимых звеньев психической деятельности; 2) адресованы не к одной психической функции, а к совокупности психических процессов, чтобы позволить реализовать их комплексный синдромный анализ; 3) способны улавливать динамические параметры изменений в работе мозга и психики. При патологическом старении (т.е. при деменциях различного генеза и при аффективных расстройствах) имеют место достаточно выраженные нарушения различных компонентов и уровней когнитивной сферы, заметное сужение спектра компенсаторных возможностей, вовлечение в патологические процессы многих зон и систем головного мозга. Это диктует дополнительные требования к используемым диагностическим приемам. Они должны быть, в достаточной степени, портативными, учитывать характер и степень когнитивного снижения больных, ограничения их нейродинамического, операционального и регуляторного потенциала.

Все эти принципы реализуются в ряде новейших методик, разработанных в контексте идей А.Р. Лурии отечественными нейропсихологами. В качестве показательных примеров можно упомянуть Шкалу количественной оценки нарушений высших психических функций (ВПФ) у больных позднего возраста (Рощина, 1993; Рощина, Жариков, 1998; Рощина, Гаврилова, Федорова, 2007) и Экспресс-методику оценки когнитивной сферы при старении (Корсакова, Балашова, Рощина, 2009).

Шкала количественной оценки нарушений ВПФ построена на основе концепции о трех структурно-функциональных блоках мозга А.Р.Лурии (Лурия, 1973). Нейропсихологическое исследование включает оценку операциональных и регуляторных компонентов психической деятельности. При оценке регуляции психической активности учитываются активационное обеспечение и

динамические параметры деятельности, которые связаны с работой первого блока мозга согласно структурно-функциональной модели мозга А.Р. Лурии (т.е. глубинных структур). Также оцениваются программирование, контроль и произвольная регуляция деятельности, связанные с работой третьего блока мозга (т.е. лобных отделов). Исследование операциональных составляющих психической деятельности включает оценку всех компонентов праксиса, гнозиса, оптико-пространственной деятельности, импрессивной и экспрессивной речи, различных сторон мнестической деятельности, интеллектуальных операций. Количественной оценке подвергаются все выполняемые пробы; оценка 4 балла означает невозможность выполнения самого элементарного задания, а 0 баллов – самостоятельное безошибочное выполнение. В зависимости от количества и качественной характеристики совершаемых ошибок в задании ставятся оценки 1, 2 или 3 балла. Использование данной шкалы специалистом - клиническим психологом позволяет описать структуру дефекта и степень нарушения регуляторных, нейродинамических и операциональных составляющих психической деятельности у больных с разными вариантами когнитивного снижения в позднем возрасте (Рощина, Жариков, 1998).

Экспресс-методика оценки когнитивной сферы при старении включает 12 заданий, часто применяемых в отечественной и зарубежной нейропсихологической и патопсихологической диагностике и направленных на исследование разных аспектов мнестической и интеллектуальной деятельности. В методике исследуются: слухоречевая память (объем и скорость запоминания слухоречевого материала с разной степенью смысловой организации, а также прочность его сохранения в памяти), зрительно-пространственная деятельность и зрительно-пространственная память, возможности избирательной актуализации из памяти слов, связанных общим смысловым признаком, и знаний, упроченных, в том числе и в прошлом опыте, а также процессы вербального мышления в операциональном, дискурсивном и динамическом аспектах.

Применение Экспресс-методики дало возможность получить интересные данные о возрастных различиях. Они позволили заключить, что самые существенные изменения в мнестико-интеллектуальной сфере происходят в возрастном диапазоне от 20-30 до 50-64 лет. Достаточно заметны и изменения,

протекающие в интервале от 50-64 до 76-90 лет. Период от 65 до 75 лет, напротив, характеризуется относительной стабильностью большинства показателей мнестико-интеллектуальной деятельности. Поэтому предложенная Экспресс-методика, безусловно, может быть использована как для изучения динамики возрастных изменений, так и для дифференциальной диагностики состояния мнестических и интеллектуальных функций при различных вариантах нормального старения. Результаты исследования показали наличие существенных индивидуальных различий у психически здоровых испытуемых, обусловленных кристаллизованным индивидуальным опытом жизни; они свидетельствуют о важности этого параметра при описании когнитивных особенностей стареющих людей. Экспресс-методика чувствительна к выявлению не только сохранных, но и дефицитарных звеньев познавательных процессов. Это открывает возможности для ее применения в отношении патологического старения. Опыт применения Экспресс-методики у больных с болезнью Альцгеймера указывает на возможность оценки у них степени и структуры когнитивных нарушений. Особенности выполнения субтестов Экспресс-методики позволяют проводить анализ структуры когнитивного дефекта у пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения.

В последние годы также ведется интенсивная разработка диагностических нейропсихологических шкал, позволяющих оценивать текущий когнитивный статус и прогноз состояния больных при аффективных расстройствах, в частности, депрессиях позднего возраста. Применение таких специальных шкал, оценивающих степень подкорковой, лобной и височной дисфункции, дает возможность реализовать балльную оценку нарушений работы тех мозговых зон и систем, которые в максимальной степени вовлечены в перестройки церебрального функционирования при поздних депрессиях (Балашова, Ряховский, Щербакова, 2011). Результаты показывают, что больные с неблагоприятным исходом депрессии демонстрируют более значительную степень выраженности симптомов мозговых дисфункций. Катамнестическое наблюдение выявляет более заметное уменьшение частоты проявлений и степени тяжести нейропсихологических симптомов у больных с благоприятным исходом заболевания.

Заметим, что, наряду с созданием методик, интегрирующих приемы, направленные на комплексное исследование целостной психической деятельности, разрабатываемый отечественными учеными системный подход открывает широкую перспективу эмпирического исследования тех когнитивных процессов, которые пока недостаточно изучены. В качестве примера следует указать на цикл работ, посвященных изучению психологических закономерностей и мозговых механизмов изменений и нарушений психического отражения пространства и времени при нормальном и патологическом старении (Балашова, 1996, 1998; Портнова, Балашова, 2006; Сурнов и соавт., 2007; Балашова, Ковязина, 2011). В этих работах получен обширный пласт эмпирических данных об особенностях восприятия пространства и времени, пространственной памяти, пространственной и временной организации произвольных движений у психически здоровых людей пожилого и старческого возраста, о нарушениях этих процессов при атрофических и сосудистых деменциях и при депрессивных расстройствах.

Клиническая психология, по мнению Ю.Ф. Полякова, не только важное направление психологической науки, но и область практической деятельности десятков тысяч психологов. В чем же состоит специфика работы психолога в геронтологии и гериатрии? Чем занимаются сегодня такие психологи?

Во-первых, нейропсихологической диагностикой когнитивной сферы у пациентов с мнестико-интеллектуальным снижением. Эта диагностика включает оценку психических функций пациента для выявления структуры дефекта в нозологическом и этиологическом аспектах. Важной задачей является описание текущего состояния психических функций и его динамики с точки зрения прогноза негативных изменений и возможного восстановления психических функций и качества жизни больного. Часто клинические психологи участвуют в оценке динамики состояния когнитивной сферы пациентов позднего возраста в ходе лечения.

Во-вторых, проведением коррекционной работы (когнитивного тренинга) с пациентами с признаками усиленного психического старения, при синдроме мягкого когнитивного снижения, при деменциях, депрессиях и других психических заболеваниях позднего возраста.

В-третьих, разработкой и проведением разных форм когнитивного тренинга при различных вариантах нормального старения.

В-четвертых, нейропсихологической диагностической экспертизой дееспособности при деменциях позднего возраста.

В-пятых, работой с родственниками больных депрессиями и деменциями позднего возраста с целью выявления у них ранних симптомов мнестико-интеллектуального снижения и улучшения качества жизни членов семьи.

Для решения перечисленных задач нейропсихологическая диагностика реализуется в разных вариантах. Работая в гериатрической клинике, психолог может проводить комплексное нейропсихологическое обследование, позволяющее оценить состояние большинства высших психических функций и обеспечивающих их мозговых зон и систем. В ряде случаев это обследование предваряется или дополняется применением портативных скрининговых методик, о возможностях и ограничениях которых мы говорили выше.

Другой вариант деятельности нейропсихолога мы видим в тех случаях, когда он участвует в решении научно-исследовательских задач, актуальных для развития, как клинической психологии старения, так и геронтологии и гериатрии. Здесь классическое комплексное нейропсихологическое обследование дополняется рядом специальных методик, направленных на более детальное изучение интересующих исследователя аспектов психической деятельности или отдельных психических процессов (например, произвольной регуляции, опосредования, памяти, пространственных функций, восприятия времени).

Наконец, сегодня, все чаще работающие в гериатрической клинике психологи сталкиваются с необходимостью включения в диагностическое обследование как нейропсихологических, так и патопсихологических диагностических методик. Такая необходимость возникает, например, при исследовании больных пожилого и старческого возраста, страдающих расстройствами аффективного и шизофренического спектра, инволюционными параноидами. Патопсихологические методы позволяют оценить специфические особенности познавательной деятельности и личности больных. Хочется вспомнить в этой связи замечательного клинического психолога ФГБУ «НЦПЗ» РАМН Н.П. Щербакову (1936-2012), которая успешно сочетала в

диагностической работе применение нейропсихологических и патопсихологических методик. Эта сфера психологической практики в геронтологии и гериатрии, безусловно, заслуживает особого внимания, поскольку пока патопсихология старения является скорее прикладным аспектом деятельности психологов, чем теоретически фундированным направлением клинической психологии. Об этом свидетельствует немногочисленность отечественных работ, посвященных патопсихологическим исследованиям нормального старения и психических заболеваний позднего возраста (Критская, Литвак, 1985).

Таким образом, активность клинического психолога, работающего сегодня в геронтологии и гериатрии, является достаточно разносторонней, требует серьезного багажа профессиональных навыков (как в плане применения многочисленных диагностических методик, так и интерпретации полученных с их помощью результатов). Это заставляет задуматься о качестве вузовской и послевузовской подготовки специалистов по психологии старения, о необходимости передачи знаний работающих ныне опытных профессионалов новым когортам молодых психологов, которые делаются все более и более востребованными в практике геронтологии и гериатрии.

Литература

1. Балашова Е.Ю. Особенности пространственной организации произвольных движений при старении // Вестник МГУ. Сер.14, Психология. 1996. №2. С. 37-46 .
2. Балашова Е.Ю. Роль пространственных расстройств в формировании нарушений психической деятельности при деменциях позднего возраста // Доклады 1-й Международной конференция памяти А. Р. Лурия. Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М., 1998. С. 273-276.
3. Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Восприятие времени при нормальном старении и аффективных расстройствах в позднем возрасте // «Нейрореабилитация-2011». Материалы III-го Международного конгресса. М., 2011. С. 12-14.
4. Балашова Е.Ю., Ряховский В.В., Щербакова Н.П. К вопросу о значении нейропсихологического обследования при прогнозировании исхода депрессии в позднем возрасте / «Нейрореабилитация-2011». Материалы III-го Международного конгресса. М., 2011. С. 14-15.
5. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. М., 2003.
6. Гальперин П.Я. Основные результаты исследований по проблеме «Формирование умственных действий и понятий». М., 1965.
7. Давыдовский И.В. Геронтология. М, 1966.

8. Зейгарник Б.В. Патология мышления. М, 1962.
9. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1986.
10. Корсакова Н.К. Нейропсихология позднего возраста: обоснование концепции и прикладные аспекты // Вестник МГУ. Сер.14, Психология. 1996. № 2. С.32-37.
11. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю. Опосредование как компонент саморегуляции психической деятельности в позднем возрасте // Вестник МГУ. Сер.14, Психология. 1995. № 1. С.18-23.
12. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю. Компенсаторные возможности саморегуляции мнестической деятельности в позднем возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Том 17. Вып. 2. С. 10-13.
13. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. М., 2003.
14. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Подкорковые структуры мозга и психические процессы. М., 1985.
15. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. Том 109. № 2. С. 44-50.
16. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Нейропсихологический подход к исследованию нормального и патологического старения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. № 3-4. С.4-8.
17. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Когнитивные функции при нормальном старении и при болезни Альцгеймера. Нейродегенеративные заболевания. Фундаментальные и прикладные аспекты. Под ред. академика М.В. Угрюмова. М., 2010. С. 304-312.
18. Критская В.П. Литвак В.А. Экспериментально-психологическое исследование больных шизофренией позднего возраста // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1985. Т. 85. Вып. 12. С. 1829-1833.
19. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991.
20. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1977.
21. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М., 1981.
22. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., 1962.
23. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
24. Мечников И.И. Этюды о природе оптимизма. М., 1987.
25. Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей деятельности (поведения) животных. М., 1973.
26. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974.
27. Поляков Ю.Ф., Корсакова Н.К., Щербакова Н.П., Концевой В.А., Медведев А.В., Верещагин Н.В., Вавилов С.Б. Нейропсихологический подход в комплексном изучении деменций позднего возраста // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1985. № 9. С.1349-1357.
28. Портнова Г.В., Балашова Е.Ю. Возрастные особенности психического отражения времени // Психология зрелости и старения. 2006. № 3. С. 5-23.
29. Рощина И.Ф. Структура и динамика нейропсихологического синдрома при сенильной деменции. Автореф...канд. психол. наук. М. 1993.
30. Рощина И.Ф., Жариков Г.А. Нейропсихологический метод в диагностике мягкой деменции у лиц пожилого возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1998. Т.

98. № 2. С. 34-39.
31. Рощина И.Ф., Гаврилова С.И., Федорова Я.Б. Нейропсихологическая структура и прогноз синдрома мягкого когнитивного снижения в позднем возрасте // Психиатрия. 2007. № 2. С.42-49.
 32. Рубинштейн С.Я. Исследования распада навыков и психических больных позднего возраста / Вопросы экспериментальной психологии. Под ред. Б.В. Зейгарник. М.,1965.
 33. Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф., Гаврилова С.И., Федорова Я.Б., Гантман М.В., Каравайцева Г.И., Кунижева С.С., Рогаев Е.И. Психические нарушения когнитивного и некогнитивного спектра у родственников 1 степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, т.112, 10, 2012, стр. 8-13
 34. Сурнов К.Г., Балашова Е.Ю., Ковязина М.С., Портнова Г.В. Часы как предмет культуры: попытка психологического анализа // Вопросы психологии. 2007. № 3. С. 99-105.
 35. Фролькис В.В. Природа старения. М., 1969.
 34. Фролькис В.В. Регулирование, приспособление и старение. Л., 1970.
 35. Фролькис В.В. Старение и увеличение продолжительности жизни. Л., 1988.
 36. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. М., 1996.
 37. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М., 1977.
 38. Штернберг Э.Я. Клиника деменций пресенильного возраста. Л., 1967.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕМЕНЦИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Н.М. Михайлова

Этические аспекты деменций позднего возраста приобретают все большую значимость с возрастанием общественного внимания к этой патологии, частота которой среди населения старших возрастных групп неуклонно растет. Ожидается значительный прирост числа больных деменцией к середине столетия и возрастание глобального бремени болезни Альцгеймера (БА) в мире [8]. Неоднозначные ситуации, постоянно возникающие в практической медицине как порождение прогресса биологической науки и медицинского знания, требуют постоянного обсуждения, как в медицинском сообществе, так и среди широкой общественности. Не касаясь философской направленности биоэтики и специальных разработок медицинской психологии, представляется целесообразным рассмотреть в ракурсе биомедицинской этики клинические ситуации, связанные с проявлениями деменции у пожилых и стариков.

Биомедицинская этика, предметом которой выступает нравственное отношение общества в целом и профессионалов – медиков и биологов в особенности – к человеку, его жизни, здоровью, смерти, представляет собой