

Балашова Е.Ю., Микеладзе Л.И.

Депрессии позднего возраста:
клинико-психологические аспекты исследований

Balashova E.Yu. , Mikeladze L.I.

Late-life depression:
clinical and psychological aspects of research

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Психологический институт РАО, Москва, Россия

Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова,
Москва, Россия*

Статья посвящена анализу клинико-психологических исследований различных аспектов депрессивных расстройств позднего возраста. В связи с существующей уже несколько десятилетий тенденцией к увеличению в популяции количества людей пожилого и старческого возраста растет и частота аффективных заболеваний депрессивного спектра. Это создает ряд серьезных социальных, медицинских и психологических проблем, приводит к ухудшению качества жизни. Особое внимание в статье уделяется разнообразным факторам, которые повышают риск возникновения депрессий. К этому относятся изменения многих параметров социального функционирования, личностные трансформации, неблагоприятное протекание кризисов развития, характерных для позднего онтогенеза. Рассматриваются особенности клинических симптомов и течения депрессий при старении, биологические и мозговые факторы риска их возникновения и патогенеза. Одна из доминирующих тем статьи касается психологических аспектов изучения депрессий позднего возраста. Это, прежде всего, особенности саморегуляции и опосредования психической деятельности и поведения. Такие исследования логично интегрируют данные, полученные в ходе нейropsychологических и патopsychологических исследований, с идеями культурно-исторического подхода Л.С. Выготского о детерминации развития психики и поведения. Подобные работы отчетливо показывают, что при поздних депрессиях по сравнению с нормальным старением снижается мотивационное обеспечение психической активности, изменяются процессы целеполагания, уменьшается потребность в оптимизации когнитивного функционирования, сужается спектр опосредующих приемов и стратегий, используемых при решении разнообразных когнитивных задач. Не менее важным представляется и анализ когнитивной сферы при депрессиях позднего возраста. Он позволяет

выявить наиболее уязвимые психические функции (к ним относятся, в первую очередь, некоторые компоненты и уровни восприятия времени), обнаружить их связь с показателями состояния аффективной сферы, с характером течения депрессий, с изменениями работы мозга (по данным комплексного нейропсихологического обследования и компьютерной томографии). В статье анализируются особенности состояния памяти, различных видов восприятия и произвольных движений, внимания, мышления, речи при депрессиях позднего возраста по сравнению с нормальным (физиологическим) старением. Делается вывод о том, что клиничко-психологический анализ пусковых механизмов аффективных расстройств депрессивного спектра, изменений личности и когнитивной сферы при поздних депрессиях позволяет подойти к решению одного из принципиальных вопросов клинической психологии – дифференциации нормальных и патологических проявлений старения.

Ключевые слова: старение, клиническая психология, когнитивные функции, мотивация, эмоции, опосредование, регуляция

Для цитирования: Балашова, Е.Ю., Микеладзе, А.П. Депрессии позднего возраста: клиничко-психологические аспекты исследований // Новые психологические исследования. 2022. № 4. С. 140–171. DOI: 10.51217/npsyresearch_2022_02_04_07

Введение

Аффективные расстройства настроения (особенно депрессии) давно привлекают внимание медицины, биологии, клинической психологии. Уже больше ста лет активно изучаются клинические симптомы и типы течения депрессий, их возможные биологические, психологические, социальные причины; идет постоянный поиск путей биологической терапии и психотерапии этих заболеваний. Первым направлением клинической психологии, которое обратилось к изучению аффективных расстройств, была патопсихология. Патопсихологи в России и за рубежом давно стремились понять психологические механизмы депрессии, описать личностные особенности депрессивных пациентов (являющиеся предикторами развития заболевания и возникающие в ходе его течения), особенности самооценки и регуляции психической деятельности, ее динамических и мотивационных составляющих (Зейгарник, 1986). В последние десятилетия депрессии интенсивно изучаются с позиций нейропсихологического и нейрокогнитивного подходов. Эти подходы нацелены на поиск мозговых детерминант изменений аффективной сферы. Заметим, что в отечественной нейропсихологии интерес к депрессивным расстройствам связан с развитием такого направления

исследований, как нейропсихология эмоций, изучающего мозговой субстрат различных эмоциональных состояний и аффективных реакций (Хомская, 1987).

В предлагаемой вниманию читателей статье мы намерены сосредоточиться на клинико-психологических исследованиях депрессий позднего возраста (ДПВ). Представляется интересным рассмотреть возможные патофизиологические и нейропсихологические ракурсы подобных исследований, проанализировать их диагностические возможности и терапевтический потенциал.

Депрессии позднего возраста: анализ клинических и психологических данных

Пристальное внимание исследователей к ДПВ обусловлено действием сложного комплекса неоднозначных и разноуровневых факторов. Примерно с середины прошлого века во многих европейских, североамериканских, азиатских странах наблюдается значительный рост численности людей старше 65 лет (Краснова, Лидерс, 2002; Стюарт-Гамильтон, 2010; Руководство по гериатрической психиатрии, 2020). Эта тенденция связана и с успехами здравоохранения в лечении соматических заболеваний, и с особенностями демографической политики, и с действием других причин. Соответственно растет и частота возникновения некоторых свойственных старению психических заболеваний. Это, в первую очередь, относится к деменциям (органическим психическим расстройствам), а также к аффективным расстройствам настроения (по МКБ). Распространенность депрессий в старости существенно превышает показатели молодого и среднего возраста. ДПВ становятся причиной снижения качества жизни, усугубляют течение соматических болезней, повышают риск социальной изоляции, препятствуют успешной реализации многих бытовых, профессиональных и творческих задач стареющих людей. ДПВ весьма часто сопровождаются не только негативными изменениями эмоциональной сферы, но и когнитивным дефицитом различной степени выраженности. Такие нарушения, особенно связанные с дисфункцией лобных отделов мозга (по данным комплексного нейропсихологического обследования), повышают риск хронического течения и нарастания тяжести заболевания, развития в дальнейшем синдрома деменции (Ряховский, 2011). Внимание к ДПВ обусловлено не только их значительной распространенностью, но и недостаточной изученностью некоторых аспектов данного психического расстройства. Это относится и к

причинной обусловленности возникновения депрессий, и к их клиническим особенностям и психологическим механизмам.

Вначале необходимо упомянуть о биологических факторах, повышающих риск возникновения депрессий, поскольку они в той или иной степени могут определять психологические особенности аффективной патологии. О биологических (в том числе, генетических) предикторах ДПВ известно довольно много. Считается, что роль генетических факторов при этих заболеваниях менее значительна, чем, например, при психозрении. Тем не менее, иногда отмечается накопление в разных поколениях семей больных случаев личностных отклонений и психотических расстройств; риск возникновения аффективной патологии растет при усилении родственной близости. Риск заболевания у монозиготных близнецов приблизительно в 2–3 раза выше (по данным разных авторов), чем у дизиготных. Молекулярно-генетические исследования выявляют и ряд хромосомных изменений в семьях больных. Представляют интерес и данные нейрофизиологических исследований: в ряде работ констатируется распространенный при депрессиях феномен десинхроноза (рассогласования различных биологических ритмов). Считается, что десинхроноз играет большую роль в изменениях восприятия времени не только при ДПВ, но и при аффективных расстройствах настроения в другие возрастные периоды. Также есть данные о том, что у больных снижается продолжительность сна, редуцируется длительность его медленноволновых стадий (Гиганов, 1999). При ДПВ нарушения сна – это один из наиболее часто встречающихся в клинической картине заболевания симптомов: из-за дефицита сна пациенты часто жалуются на усталость, разбитость, снижение работоспособности. Заметим, что согласно концепции А.Р. Лурии о трех структурно-функциональных блоках мозга, цикл сон-бодрствование связан с активностью первого структурно-функционального блока, т.е. срединных структур разных уровней, играющих важную роль в регуляции эмоций, внимания, мнестических процессов (Лурия, 1973). Сегодня в центре внимания специалистов находятся и биохимические механизмы возникновения и патогенеза аффективных заболеваний. Большинство гипотез здесь связано с дефицитом в работе норадреналиновой и серотониновой систем (Руководство по психиатрии, 1999).

Нельзя не сказать и о том, что медицина постоянно находится в поиске путей создания различных психотропных препаратов. Это, прежде всего, антидепрессанты и нейролептики, которые могут оказать терапевтический эффект при ДПВ. При аффективных расстройствах

важную роль играет и применение психотерапевтических методов помощи пациентам. Индивидуальная и групповая психотерапия может способствовать коррекции представлений пациентов о тяжести заболевания, повышению самооценки, укреплению веры в успех лечения (т.н. комплаенса, т.е. приверженности лечению) и формированию доверительных отношений с врачом, а также частично утраченных в ситуации болезни социальных навыков.

Исследователи ДПВ сталкиваются с рядом затруднений при разграничении и определении удельного веса ролей в их течении и прогнозе возрастных факторов, связанных со старением и закономерно затрагивающих соматическую и психическую сферы, с действием соматогенных и психогенных вредностей (Blazer, 2003; Nemeroff, Vale, 2005). Широко известно, что детерминантой ДПВ может являться изменение социального статуса человека, структуры выполняемых им профессиональных, семейных и иных ролей. Некоторые социальные психологи высказывали предположение, что в пожилом возрасте происходит постепенное отчуждение личности от общества, «вытеснение» стареющих людей из функционирования различных социальных институтов, уменьшение энергии личности и ухудшение качества оставшихся связей (Краснова, Лидерс, 2002). Геронтологи (в том числе представители социальной геронтологии) говорят о психологическом кризисе пожилого возраста как об одном из переломных периодов в жизни человека (Стюарт-Гамильтон, 2010). Существует мнение, что сложный для многих людей психосоциальный кризис связан с выходом на пенсию, с добровольным или вынужденным отказом от привычной профессиональной деятельности; он может сопровождаться депрессией, соматическими заболеваниями или ипохондрией – чрезмерной фиксацией на состоянии собственного здоровья, на реальных и/или мнимых болезнях. Разумеется, сам по себе выход на пенсию не является единственной причиной кризиса. Он приобретает отрицательный смысл только при наличии определенного паттерна личностных черт, при выраженности психологической неподготовленности к смене жизненных установок и ценностей, при отсутствии широкого круга интересов. О каких же чертах личности в данном случае может идти речь? Это может быть снижение самооценки, неуверенность в себе, недовольство собой; страх одиночества, беспомощности, обнищания. Среди патохарактерологических эмоциональных особенностей, прогрессирующих по мере старения, к сожалению, нередко отмечается угрюмость, раздражительность, пессимизм. Может возникать снижение интереса к новому, ригидность

личностных установок и ценностей, ворчливость, эгоистичность, эгоцентризм, фиксация на болезненных переживаниях неуверенности в завтрашнем дне, скупость, педантичность, консерватизм. Возможно появление трудностей приобретения новых знаний и представлений, приспособления к непредвиденным обстоятельствам, адаптации к изменениям двигательной активности, зрительного или слухового восприятия, эмоциональной сферы. Эмоциональные перестройки способны выражаться в нарастании доминирования отрицательных эмоций, в снижении возможностей контроля и регуляции эмоциональных процессов. При старении могут происходить изменения характера, иерархии и побудительной силы мотивов, отношения к жизни. Ученые сходятся во мнении, что такие «сценарии» кризисов позднего возраста связаны с системными негативными оценками ценностей и смысла прожитой жизни; они могут стать «пусковым механизмом» для трансформации отдельных депрессивных симптомов в развернутую клиническую картину депрессии (Эриксон, 1996; Ананьев, 2008; Максимова, 2001).

При старении иногда наблюдаются трудности разграничения депрессии как самостоятельного заболевания и отдельных депрессивных проявлений как адекватной реакции на ухудшение многих показателей качества жизни. Заметим, что депрессивные симптомы встречаются и при деменциях. Кроме того, в возрасте инволюции симптомы депрессии часто скрываются за соматическими жалобами. (Концевой и др., 1997; Blazer, Hybels, 2005).

Одно из направлений современных исследований депрессий в геронтопсихиатрии связано с поиском различий между депрессиями и депрессиями в более ранние периоды жизни (Müller-Spahn, Hock, 1994; Mueller et al., 2004). В частности, отличия касаются жалоб, высказываемых пациентами разных возрастов. Некоторые исследователи подчеркивают, что больные пожилого возраста реже жалуются на снижение настроения и отсутствие влечений; такие жалобы чаще высказывают молодые пациенты. У больных позднего возраста преобладают жалобы тревожного, соматического и ипохондрического вида (Hwang et al., 2015). При этом следует учесть, что для старения в целом (а не только для аффективных расстройств) характерно повышение тревожности. Тип течения депрессии также связан с фактором возраста: если первый депрессивный эпизод регистрируется до 45 лет, то в более позднем возрасте выше вероятность возникновения рекуррентного депрессивного расстройства, когда периоды депрессии возникают регулярно и являются достаточно продолжительными (Аведисова и др., 2013).

С увеличением возраста меняется структурная иерархия симптомов депрессии: увеличивается амплитуда колебаний настроения в разные периоды суток, нарастает астения со снижением аппетита и физического тонуса, чаще наблюдаются тревожно-ипохондрические и тревожно-бредовые синдромы с идеями самообвинения (Gurland, 1976; Штернберг, 1977; Краснов, 1987; Концевой и др., 1997; Beck et al., 2005; Аведисова и др., 2013). Для ДПВ характерно увеличение доли маскированных и соматизированных вариантов депрессии. Ипохондрические проявления при ДПВ отмечаются врачами значительно чаще, чем у молодых больных. Подобные симптомы часто затрудняют диагностику и лечение коморбидной соматической патологии (Краснов, 1987, 2010; Смулевич, 2001).

Разумеется, особое значение в клинической картине ДПВ имеет состояние мнестико-интеллектуальной сферы. Заметное мнестико-интеллектуальное снижение присутствует у пациентов с ДПВ лишь в 5–25% случаев (Grunhaus et al., 1994). При этом отдельные, относительно негрубые симптомы изменений ВПФ могут встречаться достаточно часто. Выше мы уже говорили о существовании связи между некоторыми аспектами мнестико-интеллектуального дефицита и отрицательной динамикой развития заболевания. По результатам ряда отечественных и зарубежных исследований, основными «мишенями» когнитивного дефицита являются концентрация внимания и принятие решений. Более того, после исчезновения депрессивной симптоматики затруднения при выполнении таких заданий могут сохраняться. Иногда когнитивные нарушения при ДПВ достигают уровня псевдодеменции, для которой характерно нарушение номинативной функции речи, довольно выраженные нарушения памяти, ориентировки на месте и др. (Концевой, 1999). При ДПВ изменяются по сравнению с нормальным старением качество и скоростные показатели мнестической и мыслительной деятельности. В частности, нарастают трудности включения в выполнение задания, колебания внимания и уровня достижений, проявления истощаемости, повышается тормозимость следов памяти интерферирующими воздействиями (Балашова и др., 2003). Изменения затрагивают и процессы регуляции: снижается эффективность и вариативность применяемых в познавательной деятельности «психологических орудий» (по выражению Л.С. Выготского); часто они теряют интериоризированный характер и переводятся во внешний план. В связи с этим регуляторные функции перестают компенсировать затруднения при выполнении мнестико-интеллектуальных задач.

Вероятно, это обусловлено как особым состоянием мозговых структур, так и эмоционально-мотивационным дефицитом. Несмотря на обилие данных, причинно-следственные связи между депрессией как аффективным расстройством и когнитивным дефицитом пока окончательно не установлены. Возрастные особенности работы мозга, эмоциональных и личностно-мотивационных факторов при ДПВ могут иметь следствием снижение когнитивных возможностей. Но нельзя не учитывать, что осознание собственной когнитивной и интеллектуальной несостоятельности может усугублять картину эмоциональных нарушений. Так или иначе, многие клинические и психологические исследования депрессий подтверждают идею А.С. Выготского о тесных связях аффекта и интеллекта в ходе онтогенеза (Соколова, Николаева, 1995).

Анализ особенностей регуляции и опосредования при ДПВ

Патопсихологические исследования ДПВ весьма разнообразны и затрагивают разные ракурсы изменений отдельных ВПФ и познавательной деятельности при этих заболеваниях. Они направлены на изучение регуляции и опосредования психической активности, механизмов целенаправленного поведения, изменений личности (в первую очередь, мотивационной и ценностно-смысловой сфер), интерпсихических (межличностных) взаимодействий, когнитивных процессов. В соответствии с основополагающими принципами отечественной патопсихологии (Зейгарник, 1986), результаты депрессивных пациентов обязательно сопоставляются с показателями психически здоровых лиц.

Обращение отечественной клинической психологии на протяжении многих десятилетий к изучению феноменологии и психологических механизмов опосредования связано с важной ролью этих механизмов в оптимальном функционировании когнитивной сферы и развитии личности в ходе онтогенеза. Именно опосредование и мотивационно-регуляторное обеспечение психической и поведенческой активности зачастую нарушаются, в первую очередь, при различных формах психической патологии: психозах, эпилепсии, зависимостях, аффективных расстройствах, невротических и соматоформных расстройствах, соматических заболеваниях (Зейгарник, 1986; Николаева, 1987; Критская и др., 1991; Тхостов, 2002; и др.). Сравнительный анализ психологических механизмов и конкретных приемов опосредования при нормальном и патологическом старении показал, что их особенности

тесно связаны не только с возрастными нейродинамическими перестройками или иными изменениями в работе мозга (Корсакова, Балашова, 1995, 2000, 2007). Эти механизмы и приемы во многом детерминированы актуальной социальной ситуацией развития стареющего человека, особенностями его жизненного пути, степенью сформированности навыков регуляции в предшествующие периоды онтогенеза, его способностями, склонностями, интересами. Широта репертуара способов регуляции (как и их эффективность в плане оптимизации разных видов психической деятельности) является в современных клиничко-психологических исследованиях одним из важных дифференциально-диагностических критериев отличия нормального старения от старения патологического. При изучении с позиций клиничко-психологической методологии опосредования и саморегуляции принято опираться на анализ особенностей мотивации и целеполагания, а также стремиться понять вклад той или иной психической функции в формирование адаптационных ресурсов личности.

Почему же именно ДПВ являются информативной клинической моделью для исследований в этом направлении? Одной из причин такой информативности представляется достаточная сохранность при ДПВ многих компонентов и уровней ВПФ (Концевой, 1999). Подобная сохранность расширяет репертуар доступных для пациентов патопсихологических и нейропсихологических проб и служит предпосылкой возможности компенсации когнитивных проблем. Но результаты исследований ставят и вопрос о том, как реализуется этот компенсаторный потенциал? Присутствует ли у больных депрессиями потребность в оптимизации работы уязвимых звеньев ВПФ? Или этот мотив у них либо вообще отсутствует, либо не обладает необходимой побудительной силой, и на первый план в ценностно-смысловой сфере личности выступает погружение в отрицательные эмоции, пассивность, снижение «энергетического» потенциала, негативизм? (Балашова, 2016).

Обращение к рассмотрению изменений памяти в позднем онтогенезе может помочь найти ответ на эти вопросы. Напомним, что вопрос об изменениях памяти при психических расстройствах уже ставился ранее в патопсихологических исследованиях классического периода. Так, Б.В. Зейгарник писала о том, что в изучении патологии памяти наиболее важными представляются вопросы об опосредовании запоминания, о динамике мнестического процесса и о мотивационных компонентах памяти (Зейгарник, 1986).

Можно предположить, что между состоянием этих уровней памяти существуют сложные причинно-следственные связи, которые мы постараемся увидеть в результатах исследований. Действительно, психологический подход к изучению памяти предполагает не только изучение запоминания, хранения и актуализации различной информации, но и понимание памяти как складывающегося в течение всей жизни человека гештальта неповторимого индивидуального опыта. Этот гештальт, включающий воспоминания о событиях прошлого, различные системы индивидуальных знаний, лексический запас, профессиональные, бытовые, поведенческие навыки, постоянно избирательно актуализируется в повседневной деятельности и дает нам возможность регулировать различные виды психической и поведенческой активности (Корсакова, Балашова, 2007). Психологический «портрет» памяти при старении нельзя рассматривать как исключительно дефицитарный, хотя такое мнение является доминирующим в обыденном сознании большинства наших современников. Социальная активность (общение, профессиональная деятельность и т.п.) требует от пожилых людей адаптации к изменившимся внутренним условиям работы памяти и к изменениям среды, в которой память существует. Именно здесь выходят на авансцену новые, дополнительные опосредующие приемы, хотя бы отчасти компенсирующие возрастные ограничения. Возникают, если можно так выразиться, новые способы психического отражения и взаимодействия с окружающим миром.

Описан достаточно широкий спектр таких способов, характерных для нормального старения. Это и преобразование запоминаемой информации (вынесение части внутренних операций во внешний речевой план деятельности, ее дробление на небольшие операции с постановкой промежуточных целей), и возрастание удельного веса семантической, смысловой переработки запоминаемого материала. Важным средством регуляции мнестической деятельности становится выбор той или иной установки, которая будет определять стратегию заучивания. Например, при запоминании ряда стимулов могут существовать ориентации на скорость заучивания, на его точность, на объем. Лица молодого и среднего возраста довольно легко реализуют одновременно все эти установки. Пожилые люди вследствие некоторого сужения объема психической деятельности, возникающего при дефиците симультанных стратегий обработки информации, зачастую вынуждены придерживаться только одной из них.

Подобные примеры наглядно подтверждают существование достаточно высокого резерва компенсации возрастных ограничений памяти в норме. Но нельзя забывать, что упомянутые приемы черпаются в основном из индивидуального опыта и выбираются интуитивно (путем «проб и ошибок»). Их оптимальное использование в мнестической деятельности возможно только при целенаправленном формировании представлений о возрастных закономерностях работы памяти (Корсакова, Балашова, 2007).

При ДПВ мы видим совершенно иную картину. Многие параметры мнестической функции у депрессивных пациентов демонстрируют отрицательную динамику по сравнению с показателями здоровых лиц. У них ниже скорость заучивания слухоречевого и зрительного материала, меньше объем непосредственного и отсроченного воспроизведения (Балашова и др., 2003, Зарудная, Балашова, 2018). При заучивании материала у них чаще возникают замены и повторы стимулов, что свидетельствует о дефиците избирательной актуализации следов и о проявлениях инертности. Снижаются показатели произвольного запоминания и оперативной (рабочей) памяти. Отмечаются амбивалентные тенденции: либо стремление к созданию чрезмерно сложных ассоциаций, либо к снижению продуктивности ассоциативного процесса. Поэтому попытки включения опосредующих приемов не позволяет больным депрессией в полной мере компенсировать затруднения и достичь показателей здоровых лиц (Балашова и др., 2003). Анализ результатов «пиктограммы» (как специальной методики, направленной на изучение опосредованного запоминания) также обнаружил, что у депрессивных пациентов по сравнению с психически здоровыми лицами значительно замедлялось время выполнения задания, они чаще отказывались от выбора образа, заменяя его точкой или черточкой, демонстрировали более низкую продуктивность отсроченного воспроизведения. У них чаще, чем в норме, встречались чрезмерно конкретные, индивидуально-значимые образы, «шоковые» реакции, стереотипии и персеверации, проявления т.н. органического графического симптомокомплекса, фрагментарности и т.п. (Балашова, 2016).

У большинства больных не только изменяются качественные и динамические показатели многих видов запоминания, но и снижается личностная значимость оптимального функционирования памяти, трансформируется автобиографическая память: больные склонны к припоминанию негативных событий прошлого, даже склонны приписывать эмоционально нейтральным событиям отрицательный

личностный смысл. Память на прошлое, формально достаточно сохраняемая при депрессиях позднего возраста по многим показателям, вследствие эмоционально-мотивационных нарушений перестает выполнять адекватную опосредующую функцию в осмыслении и принятии собственного жизненного пути, разных этапов временной перспективы (Балашова, 2016).

Другой перспективной моделью для изучения процессов регуляции и опосредования является восприятие времени при нормальном старении и аффективных расстройствах. Сегодня хорошо известно, что даже при нормальном старении некоторые звенья и уровни этой функциональной системы демонстрируют определенное снижение, а другие оказываются достаточно устойчивыми по отношению к негативным возрастным изменениям. Например, к сохранным компонентам временной перцепции можно отнести ориентировку в прошлом и текущем времени, понимание и использование речевых конструкций, описывающих разнообразные временные отношения, способности весьма точной оценки времени, необходимого для выполнения привычных, упроченных в индивидуальном опыте действий. Негативные изменения можно наблюдать у лиц позднего возраста при оценке и отмеривании коротких «пустых» интервалов – такие задачи лучше удаются молодым людям. Изменяется при нормальном старении и временная перспектива личности: возрастает значимость прошлого, несколько сокращается ориентация на будущее. Меняется скорость течения субъективного времени: по мнению многих психологов, оно убыстряется (Fraisse, 1963, 1984; Draaisma, 2004; Friedman, Janssen, 2010). Необходимо подчеркнуть, что даже негативные изменения не приводят в норме к распаду, дезинтеграции функциональной системы восприятия времени. Она продолжает вполне успешно выполнять важную роль в общем контексте адаптационных процессов, приобретая новые возможности, регулирующие психическую и поведенческую активность. Например, сохранность ориентировки в настоящем времени оптимизирует выполнение субъектом социальных функций; возрастание репрезентации прошлого во временной перспективе личности является предпосылкой для его осмысления и «принятия», для складывания убеждений в ценности и значимости прожитой жизни, что является крайне важным для успешного преодоления кризиса пожилого возраста (Эриксон, 1996). Нормальное старение характеризуется и значительной сохранностью пространственных операций, опосредующих временную перцепцию, в частности,

навыков определения времени по часам и календарям (Балашова, Микеладзе, 2015b).

Однако такие компенсаторные тенденции не всегда достигают желаемого результата. Это, в частности, происходит потому, что ряд психически здоровых лиц пожилого возраста не вполне осознает как ускорение течения субъективного времени, так и определенное замедление темпа собственной психической деятельности при выполнении некоторых когнитивных и поведенческих задач. Кроме того, сегодня пожилые люди зачастую продолжают активно функционировать в профессиональной и общественной сферах, где круг их обязанностей достаточно широк (а иногда обнаруживает тенденцию к постоянному расширению). В результате они часто жалуются, что ничего не успевают, что время окружающего мира летит слишком быстро. Такая перестановка акцентов является, возможно, своеобразной психологической защитой, благодаря которой причина затруднений в планировании, организации и реализации деятельности приписывается не зависящим от воли и желания субъекта обстоятельствам. Важную роль в процессах саморегуляции при старении играет временная перспектива личности – представления человека о его прошлом, настоящем и будущем, эмоциональная оценка восприятия этих периодов, их переживание. Изучение нескольких выборок психически здоровых лиц с помощью Опросника временной перспективы личности Ф. Зимбардо (Zimbardo, Boyd, 1999; Сырцова и др., 2008) показало у здоровых лиц пожилого и старческого возраста присутствие не только негативных, но и позитивных воспоминаний о собственном прошлом (Балашова, Микеладзе, 2013, 2015а). Кроме того, отмечалось наличие достаточно позитивных оценок настоящего времени, что свидетельствует о положительном эмоциональном настрое, о жизненной активности. Наконец, при нормальном старении в структуре временной перспективы была достаточно полно представлена категория будущего. Можно сделать вывод о том, что пожилые и старые люди вполне способны «принимать» свое прошлое, понимать его ценность и значимость, испытывать положительные эмоции по поводу настоящего, не становиться фаталистами, строить планы относительно близкого и удаленного будущего. Такие феномены свидетельствуют об актуализации при нормальном старении механизмов т.н. психологического «витуакта» (по терминологии В.В. Фролькиса). Не будем забывать об идеях известного ленинградского психолога Л.М. Веккера, который предполагал, что существование временной перспективы личности как пси-

хологического феномена возможно только благодаря работе ряда психических процессов, в частности, памяти, мышления (в том числе, его рефлексивных аспектов), планирования.

При ДПВ, по сравнению с возрастной нормой, значительно снижается точность оценок временных интервалов различной длительности, сокращаются возможности компенсации подобного дефицита с помощью наглядных пространственных опор. У пациентов с ДПВ, по сравнению нормой, усиливаются тенденции к недоотмериванию субъективной минуты и к переоценке коротких «пустых» интервалов времени; отмечается нестабильность оценок 10-секундного интервала при первоначальном и повторном тестировании (Балашова, Микеладзе, 2015b; Микеладзе, 2016). «Фактор времени» в планировании, организации и реализации жизненных задач перестает быть для депрессивных больных важным, лично значимым. Упомянем еще один факт, вероятно, связанный с ускорением течения субъективного времени при депрессиях: больные часто жалуются, что чувствуют себя заметно старше своего паспортного возраста. Именно поэтому ДПВ часто трактуются как вариант «ускоренного» старения (такие феномены проявляются и в результатах выполнения многих проб нейропсихологического обследования) (Микеладзе, 2016; Балашова, 2016).

Существенные отличия от психически здоровых лиц пожилого и старческого возраста выявляются у больных депрессией и во временной перспективе. Наиболее выраженными у больных депрессией оказываются тенденции к пессимистическому отношению к собственному прошлому, а также к фаталистическому восприятию настоящего периода жизни. У них снижается способность к получению удовольствия от текущих событий, к концентрации на позитивных аспектах прошлого, возрастает вклад негативных переживаний в формирование образа развертывания собственной жизни во временном континууме. Недостаточная репрезентация будущего во временной перспективе связана, по мнению психологов, с редукцией активного, осмысленного обобщения и оценки происходящих событий, построения их реалистичного прогноза, со снижением рефлексивной критичности. Для оптимального прогнозирования и анализа жизненных ситуаций необходимы развитые способности к самоорганизации, структурированию субъективного опыта, с которыми больные депрессиями не могут справиться. Это, вероятно, способствует формированию чувства удрученности, снижению не только психического, но и физического самочувствия. Недостаточная

ориентация на будущее, выявляемая опросником Зимбардо, отражает дефицит мотивационного компонента психической деятельности и поведения при ДПВ (Микеладзе, 2016). Будущее перестает восприниматься депрессивными пациентами как объект возможной личностной активности; они становятся более сосредоточенными на негативных событиях прошлого и настоящего (Ratcliffe, 2012). Поэтому высказывается мнение о существовании при ДПВ не только десинхроноза как рассогласования биологических ритмов организма, но и исчезновения ощущения согласованности собственного времени и времени окружающих людей, социума (Ratcliffe, 2012).

Авторы, адаптировавшие опросник Зимбардо к применению в русской популяции, предполагали, что наиболее выраженными у больных депрессией должны быть пессимистическое отношение к прошлому, а также фаталистическое отношение к настоящему (Сырцова, Митина, 2008). Вероятно, это свойственно депрессивным больным вне зависимости от возраста. Но, если говорить о ДПВ, мы наблюдаем более сложную и амбивалентную картину временной перспективы: помимо тяжелых воспоминаний прошлое представлено и позитивными, радостными моментами; при общем превалировании негативных аспектов все-таки сохраняется и ориентация на будущее. Важен и вопрос о том, каким видится больным их будущее – близким к нарисованному в рамках так называемой депрессивной триады пессимистичному образу (вспомним идеи А. Бека и А. Эллиса) или эмоционально нейтральным (Балашова, 2016).

Сочетание и выраженность факторов во временной перспективе больных депрессиями может быть связано и с возрастными особенностями, и с личностными чертами конкретного пациента, и с наличием аффективного расстройства, и с ситуацией пребывания в клиническом стационаре, сочетающей позитивные и негативные моменты. Кроме того, характер профиля временной перспективы при ДПВ может быть обусловлен особенностями социальной ситуации развития лиц позднего возраста. Негативные, фаталистические оценки настоящего были более высокими у пенсионеров. Причинные связи здесь не вполне ясны: возможно, риск возникновения депрессивных расстройств выше в условиях ухода из активной социальной (в том числе, профессиональной) жизни. Вместе с тем, выход на пенсию может быть обусловлен изменившимся психическим и физическим самочувствием, связанным с состоянием депрессии. Изучение временной перспективы при нормальном старении и депрессиях позднего возраста должно учитывать и то, что они характеризуются

повышением уровня ситуативной и личностной тревожности. Получены данные о связи высокой тревожности и депрессивных симптомов с показателями временной перспективы (Åström et al., 2014; и др.). Они органично вписываются в контекст отечественной клинической психологии, для которой проблема межфункциональных отношений, связи аффекта, памяти и интеллекта является крайне актуальной еще с эпохи творчества Л.С. Выготского.

Результаты описанных исследований отчетливо показывают, что процессы регуляции и опосредования психической деятельности при нормальном старении и аффективных расстройствах позднего возраста характеризуются рядом различий, касающихся не только способов и эффективности используемых психически здоровыми лицами и больными депрессией компенсаторных приемов и стратегий, но и мотивационного, ценностно-смыслового обеспечения регуляции их познавательной деятельности и жизненной активности.

Следует обсудить и еще один важный для понимания проблемы вопрос. Некоторые термины, которые мы часто используем, рассказывая о результатах научных исследований, иногда невольно провоцируют возникновение хорошо известного в психологии памяти эффекта «*je n'ai jamais vu*» («никогда не виденное» в переводе с французского). Такое чувство мы, работая над статьей, испытали по отношению к термину «саморегуляция». Нам, как нейропсихологам, вдруг показалось, что мы не совсем понимаем это часто используемое в психологии личности и в патопсихологии понятие. Даже опция «проверка орфографии» в наших ноутбуках слово «саморегуляция» подчеркивает красным! В чем же причина? Вероятно, в разноликости регуляции, отличающейся прямо-таки античным диапазоном метаморфоз. С одной стороны, регуляция направлена на оптимизацию выполнения субъектом операций, действий, разнообразных видов деятельности. Если они упрочены в индивидуальном опыте, автоматизированы, то потребность в ней уменьшается (по крайней мере, на произвольном уровне). Если деятельность новая, непривычная, требует творчества и воображения, потребность в произвольной регуляции возрастает. С другой стороны, регуляция может быть направлена на другого человека, например, ребенка (или студента, если вы преподаватель, или подчиненного, если вы начальник). Весь спектр социальных отношений пронизан определяемыми историей и культурой способами регуляции. Третий «облик» регуляции – это и есть то, что обычно подразумевают под понятием «саморегуляция». Это регуляция своих мотивов, личностных ценностей, способов достижения

жизненных целей, моральных и этических установок. Видимо, в этот перечень стоит включить и область эмоций, аффективных реакций и состояний. В данном разделе статьи мы так увлеклись регуляцией и опосредованием памяти и восприятия времени, что совершенно не уделили внимания этому третьему аспекту регуляции. Совершенно очевидно, что при ДПВ дефицит регуляции эмоциональной сферы, стратегий совладания с негативными эмоциями находится в центре клинического синдрома. Беседы с больными об истории их жизни и заболевания, которые являются одной из основных профессиональных функций клинического психолога, кажется, позволяют предположить, с чем связан этот регуляторный дефицит. Многие наши пациенты за долгую жизнь не осознали необходимость формирования тактик и стратегий поведения и эмоционального реагирования, которые позволили бы им в повседневной жизни, по самым обычным поводам испытывать положительные эмоции. Этим навыкам можно научиться у других людей; их можно выработать самостоятельно. Но в любом случае они абсолютно необходимы. Одна из принципиальных характеристик психически здоровой личности, по мнению когнитивно-ориентированной терапии, – умение радоваться жизни. Это умение, к сожалению, отсутствует при ДПВ, может быть, в силу своеобразного сценария развития мотивационно-потребностной сферы и снижения «энергетического» потенциала личности и познавательной деятельности.

Анализ проявлений, психологических и мозговых, механизмы когнитивного дефицита при ДПВ

Разумеется, клинико-психологический анализ процессов и механизмов регуляции и опосредования не исчерпывает всего спектра исследований особенностей когнитивной сферы при депрессиях позднего возраста. Другой важный ракурс таких исследований – это изучение отдельных ВПФ и выделение тех из них, которые являются наиболее уязвимыми при ДПВ. Заметим, что такое исследование может быть реализовано с использованием как нейропсихологической, так и патопсихологической методологической и методической парадигмы. Приведенные ниже данные получены при проведении многолетнего исследования, где добровольно приняли участие 197 больных депрессиями (средний возраст 68+13 лет), находящихся на стационарном лечении в ФГНУ «Научный центр психического здоровья» (Балашова, 2020).

Исследование различных видов и уровней *памяти* показывает, что при ДПВ часто отмечается повышенная тормозимость следов неорганизованного по смыслу слухоречевого материала и отдельные нарушения их избирательной целенаправленной актуализации в виде контаминаций. Эти симптомы отчетливо заметны при заучивании и отсроченном воспроизведении пяти слов и двух групп по три слова. При выполнении первой из упомянутых методик могут также отмечаться трудности запоминания порядка слухоречевых стимулов. Подобные симптомы с высокой степенью вероятности могут указывать на снижение уровня функционирования правого полушария мозга. Заучивание материала протекает у депрессивных больных медленнее, чем у здоровых лиц позднего возраста; им требуется больше предъявлений стимульного ряда для запоминания; у них ниже объем отсроченного воспроизведения (Зарудная, Балашова, 2018). Эти проявления соответствуют представлениям отечественных и зарубежных авторов о замедлении скорости перцепции при старении (Краснова, Лидерс, 2002). Некоторые из описанных негативных симптомов доступны компенсации при смысловой организации материала (например, при заучивании и отсроченном воспроизведении двух предложений). В целом неплохо запоминаются и короткие рассказы (в ситуации произвольного запоминания). Однако у ряда пациентов отмечается снижение непроизвольного запоминания: они не могут вспомнить только что прочитанный небольшой текст или вспоминают лишь его отдельные фрагменты. Этот факт также может быть связан с правополушарной дисфункцией. Кроме того, у значительной части больных ухудшаются показатели актуализации знаний, хранящихся в долговременной вербальной памяти. Так, при необходимости назвать ряд слов, обладающих общим перцептивным признаком (пять острых предметов), больные часто делают паузы; им требуется нейтральная вербальная стимуляция со стороны психолога или подсказка в виде дополнительного уточнения семантического поля (Зарудная, Балашова, 2018).

У большинства пациентов исследованной выборки нейропсихологическое обследование выявляет колебания разных уровней и видов *внимания*. Эти колебания тесно связаны с неравномерностью уровня достижений при выполнении различных заданий; во многих случаях они выступают в едином синдроме с замедлением темпа психической деятельности, трудностями включения в выполнение заданий (иногда – в виде импульсивности), истощаемостью. Колебания внимания могли проявляться как в

специальных пробах (например, при поиске чисел в таблицах Шульте, при выполнении корректурной пробы), так и в других видах психической деятельности (серийном вычитании и т.п.). Напомним, что в современной отечественной нейропсихологии преобладают представления о внимании как об особом качестве (селективности) любого психического процесса (Хомская, 1987). Иногда колебания внимания, наблюдающиеся при ДПВ, носили модально-специфический характер. В качестве примера можно упомянуть левостороннее «невнимание» в зрительной сфере, возникающее, в частности, при необходимости пересчитать персонажей на сюжетной картинке «Осторожно», при выполнении проб зрительного предметного гнозиса и т.п. Латерализованного дефицита внимания к слуховым или тактильным стимулам мы никогда не встречали. Отметим также, что при депрессиях позднего возраста нет таких грубых расстройств внимания, как «полевое поведение» или патологическая отвлекаемость (Лурья, 2000). Это указывает на то, что при ДПВ можно говорить скорее о снижении уровня функционирования лобных отделов мозга, проявляющегося, например, в определенном регуляторном дефиците и в снижении психической активности, чем о наличии выраженного лобного синдрома.

Многие *перцептивные процессы* (тактильный, слуховой, зрительный гнозис) в целом являются достаточно сохранными. Их изменения ДПВ никогда не квалифицируются нейропсихологами как агнозии. Наиболее заметные изменения, как помнит читатель, происходят в восприятии времени, которые мы подробно описали в предыдущем разделе статьи. В обследованной выборке мы практически не наблюдали случаев дефицита тактильного гнозиса, восприятия речи, зрительного предметного, лицевого, цветового и буквенного гнозиса. Однако у достаточно заметной части больных могли иметь место отдельные ошибки в оценке предъявляемых на слух ритмических структур (особенно т.н. простых ритмов) и в отдельных оптико-пространственных пробах. В последнем случае это были т.н. дисметрические ошибки «на шаг» (+ 5 минут, + 1 час) при определении времени по «немым» часам и при самостоятельной расстановке стрелок на нарисованных часах, дефицит проекционных представлений при самостоятельном рисунке и копировании объемных предметов (стола на четырех ножках, куба и т.п.). Такие симптомы могут быть связаны не только с правополушарной дисфункцией при ДПВ, но и с недостаточной сформированностью зрительно-конструктивной деятельности в раннем онтогенезе и/или

с ее длительным «неупражнением» в среднем и пожилом возрасте (Балашова, Микеладзе, 2015b).

Сфера *произвольных движений* (праксиса) при ДПВ также представляет собой неоднозначную картину. Достаточно редкими являются ошибки в пробах кинестетического и регуляторного праксиса; лишь иногда в этих видах движений возникают т.н. «ошибки внимания», носящие характер единичных проявлений и в большинстве случаев доступные самостоятельной коррекции или исправлению по указанию психолога. Несколько более проблемными представляются функции пространственного и динамического праксиса. В сенсibilизированных вариантах проб Хэда (т.е. в воспроизведении т.н. перекрестных и двуручных поз) больные депрессиями часто допускают «зеркальные» ошибки или упрощают позу-образец. Интересно, что после минимального вмешательства психолога эти ошибки исчезают и выполнение опять стабилизируется. Данный факт свидетельствует не только о некотором снижении уровня работы пространственного фактора и самостоятельного контроля в ходе выполнения задания, но и о возможности компенсации когнитивного дефицита при включении своеобразного внешнего (межличностного) опосредования. В динамическом праксисе достаточно часто (особенно на начальных этапах выполнения пробы «кулак-ребро-ладонь») отмечается тенденция к дезавтоматизации движений, к стереотипиям, к снижению самостоятельной речевой регуляции. Эти симптомы также частично доступны компенсации, хотя иногда она является не стойкой, и некоторые пространственные ошибки вновь возникают при выполнении другой рукой. Проявления дезавтоматизации, дефицита динамической организации движений (А.Р. Лурия называл ее «кинетической мелодией») могут наблюдаться также в письме и при копировании узора из двух меняющихся звеньев (Лурия, 2000). Интересно, что затруднения относительно редко возникают при выполнении реципрокной координации.

В *речевой сфере* при ДПВ отсутствуют выраженные проявления каких-либо афазий. Тем не менее, у большинства больных встречаются отдельные и доступные коррекции затруднения при припоминании названий деталей предметов (эти вопросы обычно включаются в процедуру исследования зрительного предметного гнозиса). Возникает впечатление, что эти симптомы связаны не столько с локальным дефицитом номинативной функции речи, сколько с общим снижением активности депрессивных пациентов. Иногда также наблюдаются трудности дифференциации изображений

предметных комплексов, описываемых речевыми конструкциями с предлогами «за» и «перед», «справа» и «слева» или в рисунке. При этом конструкции с предлогами «под», «на», «в», как правило, употребляются и интерпретируются верно.

При исследовании *мышления* у многих больных констатируются отдельные ошибки в процессе серийного вычитания «от 100 по 7» (при сохранности как представлений о разрядном строении числа, так и выполнения отдельных счетных операций). Подчеркнем, что данная проба создает большую нагрузку на внимание и оперативную (рабочую) память. Анализ характера затруднений не выявляет заметного доминирования ошибок «в пределах десятка» или при переходе «через десяток». Сложна для больных депрессиями (особенно на этапе включения в деятельность) и проба, в которой на основании результата необходимо реконструировать пропущенный знак арифметического действия. Вызывает затруднения и самостоятельное решение арифметических задач (особенно на этапах ориентировки в условиях, построения программы и ее смены при переходе к новой задаче). Здесь иногда требуется развернутая помощь и дополнительная мотивация со стороны психолога.

В других вербально-логических заданиях (например, в разных вариантах пробы «Четвертый лишний») у многих больных отмечается неравномерность уровня достижений, когда одни субтесты выполняются быстро и правильно, а другие возникают затруднения или снижение уровня обобщения. Интересно, что примерно у четверти обследованных больных в данных методиках, а также при сравнении понятий отмечались случаи использования латентных, необычных свойств предметов, трудности дифференциации их существенных и второстепенных признаков. Такие проявления особенностей познавательной деятельности, характерные для лиц шизоидного круга, свидетельствуют о возможном эндогенном радикале в клинической картине некоторых ДПВ.

Объяснение сюжетных картинок в целом доступно депрессивным больным; лишь в небольшом числе случаев отмечаются поверхностные интерпретации их содержания, недостаточное внимание к «индивидуализированным» (по выражению Я.А. Меерсона) признакам изображенных людей и предметов и/или проявления дефицита симультанности восприятия.

Данное исследование позволило не только высказать предположение о возможном мозговом субстрате когнитивных изменений при поздних депрессиях, но и сделать ряд других

констатаций. Во-первых, степень выраженности выявленного нейрокогнитивного дефицита в большинстве случаев не является значительной. Эти данные совпадают с показателями скрининговой тестовой батареи «Минитест оценки психики» (MMSE), которая выявляет у больных ДПВ либо отсутствие когнитивных нарушений, либо наличие нарушений легкой и умеренной степени. Во-вторых, степень выраженности многих аспектов нейрокогнитивного дефицита обнаруживает связь с возрастными и социально-демографическими факторами. К ним относятся возраст, образовательный уровень, социальный статус. Более успешно с выполнением большинства нейропсихологических и патопсихологических методик справляются больные с высшим образованием, продолжающие трудовую деятельность. Результаты снижаются и у больных старше 75 лет по сравнению с более молодыми пациентами. В-третьих, поскольку те или иные симптомы когнитивного дефицита встречаются при ДПВ достаточно часто, терапия депрессивных пациентов должна быть направлена не только на оптимизацию их аффективного статуса, но и на компенсацию проблем в некоторых аспектах когнитивного функционирования. Напомним, что возникшая в середине прошлого века когнитивно-ориентированная психотерапия депрессий А. Бека и А. Эллиса была ориентирована, прежде всего, на коррекцию ошибочных умозаключений.

Детальная оценка состояния ВПФ при ДПВ – неисчерпаемая тема. Информация об этом может быть получена при применении различных методологических парадигм и методических приемов. Мы ограничивались преимущественно нейропсихологическими и патопсихологическими диагностическими методами. Однако важна и интеграция полученных данных, их осмысление в контексте проблемы межфункционального и внутрифункционального взаимодействия. Эта проблема снова отсылает нас к идеям А.С. Выготского, который связывал успешность развития психики ребенка с обязательным наличием такого взаимодействия. Проявления многих отклонений в психическом развитии, наоборот, часто включают изоляцию функций (или изоляцию компонентов одной функции друг от друга). У взрослого человека психические функции, достигая оптимума своего развития, приобретают достаточную автономность: реализация специфических задач, стоящих перед различными функциональными системами психики, не требует такого количества межфункциональных связей, которое было необходимо в детстве. При старении некоторые ВПФ (или компоненты одной функции) изменяются; межфункциональное

взаимодействие опять делается необходимым для компенсации затруднений. Можно предположить, что при таком варианте патологического старения, как ДПВ, количество межфункциональных связей будет возрастать, а внутрифункциональные связи (например, в структуре восприятия времени или памяти) станут менее согласованными. Если это предположение подтвердится, то перед исследователями встанет сложная, но интересная задача обоснования на психологическом уровне корреляционных связей, установленных математическими методами.

Заключение

Такой печальный сценарий старения, клиническим примером которого могут служить ДПВ, отнюдь не является неизбежным. Известно довольно много примеров гармоничного, позитивного, творческого старения. Ведь личностное и когнитивное развитие человека может успешно продолжаться и в старости (Краснова, Лидерс, 2002). Многие из психологических проблем людей пожилого и старого возраста можно предупредить или относительно безболезненно преодолеть за счет изменения отношения к процессу старения в целом. «Если мы не поймем, что жизнь и старение представляют собой процесс роста и прогресса, то мы не поймем основные принципы жизни...» (Ханна, 1996, с. 116–117). Для многих людей, приближающихся к 60-ти годам, становится очевидной необходимость осмысления своего жизненного пути с точки зрения полноты реализации поставленных в молодости целей и оценки будущих перспектив. Так, Э. Эриксон считал старость стадией развития личности, на которой возможно либо обретение интегративности, целостности личности (*ego-integrity*), либо переживание отчаяния от того, что жизнь почти кончена, но прожита она не так, как хотелось и планировалось (Эриксон, 1996). При обретении интегративности жизненный путь принимается личностью как единственно должный и не нуждающийся в замене; она приобретает мудрость как форму активного взаимоотношения с жизнью, что характеризуется зрелостью ума, тщательной обдуманностью суждений, глубоким всеобъемлющим пониманием. Клинико-психологический анализ пусковых механизмов аффективных расстройств настроения депрессивного спектра, изменений личности и когнитивной сферы при ДПВ позволяет приблизиться к решению одного из принципиальных вопросов клинической психологии – дифференциации нормальных и патологических проявлений старения.

Благодарность

Исследование выполнено при поддержке РФФИ, проект № 20-013-00075 «Человек в повседневности: психологическая феноменология и закономерности».

Литература

Аведисова, А.С., Захарова, К.В., Миронова, Н.В., Аносов, Ю.А. Особенности возрастного патоморфоза непсихотических депрессивных расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. Т.11. Вып. 2. С. 7–13.

Ананьев, Б.Г. Личность, субъект деятельности, индивидуальность. М.: Директ-Медиа, 2008.

Балашова, Е.Ю. Опосредование и саморегуляция психической деятельности при нормальном старении и аффективных расстройствах позднего возраста (на примере памяти и восприятия времени) // Психологические исследования. 2016. Т. 9. № 46. С. 2. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n46/1255-balashova46.html> (дата обращения 21 декабря 2021).

Балашова, Е.Ю. Симптомы нейрокогнитивного дефицита при аффективных расстройствах в позднем возрасте // Медицинская психология в России. 2020. Т. 12, № 3(62). С. 1.

Балашова, Е.Ю., Микеладзе, Л.И. Возрастные различия в восприятии и переживании времени // Психологические исследования. 2013. Т. 6. № 30. С. 9. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n30/854-balashova30.html> (дата обращения 21 декабря 2021).

Балашова, Е.Ю., Микеладзе, Л.И. Особенности временной перспективы при нормальном старении и депрессиях позднего возраста // Психологические исследования. 2015а. Т. 8. № 39. С. 3. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n39/1087-balashova39.html> (дата обращения 21 декабря 2021).

Балашова, Е.Ю., Микеладзе, Л.И. Оценка временных интервалов и определение времени по часам при аффективных расстройствах в позднем возрасте // Вопросы психологии. 2015b. № 3. С. 95–105.

Балашова, Е.Ю., Старкова, Н.Р., Щербакова, Н.П. Опосредование психической деятельности при аффективных расстройствах в позднем возрасте // А.Р. Лурия и психология XXI века. Доклады Второй международной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения А.Р. Лурии / Под ред. Т.В. Ахутиной, Ж.М. Глозман. М.: Смысл, 2003. С. 259–263.

Зарудная, Е.А., Балашова, Е.Ю. Вербальная память в позднем онтогенезе: нормальное старение и депрессии позднего возраста //

Психологические исследования. 2018. Т. 11. № 57. С. 2. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2018v11n57/1523-zarudnaya57.html> (дата обращения 21 декабря 2021).

Зейгарник, Б.В. Патофизиология. М.: Моск. гос. университет, 1986.

Концевой, В.А. Функциональные психозы позднего возраста // Руководство по психиатрии. В 2-х тт. / Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т. 1. С. 667–685.

Концевой, В.А., Медведев, А.В., Яковлева, О.Б. Депрессии и старение. Депрессии и коморбидные расстройства // Журнал невропатологии и психиатрии. 1997. Т. 2. Вып. 49. С.114–122.

Корсакова, Н.К., Балашова, Е.Ю. Опосредование как компонент саморегуляции психической деятельности в позднем возрасте // Вестник Моск. гос. университета. Сер. 14, Психология. 1995. № 1. С. 18–23.

Корсакова, Н.К., Балашова, Е.Ю. Особенности памяти в пожилом возрасте // Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых / Под ред. Л.И. Дворецкого, Л.Б. Лазебника. М.: Новая волна, Оникс, 2000. С. 120–135.

Корсакова, Н.К., Балашова, Е.Ю. Компенсаторные возможности саморегуляции мнестической деятельности в позднем возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17. № 2. С. 10–13.

Краснов, В.Н. О некоторых возрастных особенностях структуры и динамики циркулярных депрессий // Возрастные аспекты депрессий (клиника, диагностика, терапия): сборник научных трудов / Под ред. А.В. Снежневского. М.: Изд-во МНИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1987. С. 14–17.

Краснов, В.Н. Образовательная программа по депрессивным расстройствам. Том 1. Общая часть. Основные аспекты депрессии. М.: МНИИ Психиатрии, 2010.

Краснова, О.В., Лидерс, А.Г. Социальная психология старения. М.: Академия, 2002.

Критская, В.П., Мелешко, Т.К., Поляков, Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Моск. гос. университет, 1991.

Микеладзе, Л.И. Восприятие времени при аффективных расстройствах в позднем возрасте. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, 2016.

Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Моск. гос. университет, 1987.

Лурья, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Академический проект, 2000.

Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Моск. гос. университет, 1973.

Максимова, С.Г. Социально-ценностные аспекты восприятия старости // Известия АГУ. 2001. № 2. С.28–33.

Руководство по гериатрической психиатрии / Под ред. С.И. Гавриловой. М.: МЕДпресс-информ, 2020.

Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. В 2-х тт. Т. 1. М.: Медицина, 1999.

Ряховский, В.В. Ближайшие исходы депрессии у лиц в инволюционном и позднем возрасте. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Научный центр психического здоровья, Москва, 2011.

Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицине. М.: Медицинское информационное агентство, 2001.

Соколова, Е.Т., Николаева, В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995.

Стьюарт-Гамильтон, Я. [Stuart-Hamilton I.] Психология старения. СПб: Питер, 2010.

Сырцова, А., Митина, О.В. Возрастная динамика временных ориентаций личности // Вопросы психологии. 2008. № 2. С. 41–54.

Тхостов, А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.

Ханна, Т. [Hanna T.] Искусство не стареть. Как вернуть гибкость и здоровье. СПб: 1996.

Хомская, Е.Д. Нейропсихология. М.: Моск. гос. университет, 1987.

Штернберг, Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М.: Медицина, 1977.

Эрикссон, Э. [Erickson E.] Идентичность: юность и кризис. М.: Прогресс, 1996.

Åström, E., Wiberg, B., Sircova, A., et al. Insights into features of anxiety through multiple aspects of psychological time // Journal of Integrative Psychology & Therapeutics. 2014. Vol. 2. No. 1. P. 3.

Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, L. Anxiety disorders and phobias. New York: Basic Books, 2005.

Blazer, D. Depression in late life: Review and commentary // Journal of Gerontology: Medical Sciences. 2003. Vol. 58. No. 3. P. 249–265.

Blazer, D., & Hybels, C. Origins of depression in later life // Psychological Medicine. 2005. No. 35. P. 1–12.

Draaisma, D. Why life speeds up as you grow older: How memory shapes our past. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

Fraisse, P. Perception and estimation of time // *Annual Review of Psychology*. 1984. No. 35. P. 1–36.

Fraisse, P. *The psychology of time*. New York: Harper and Row, 1963.

Friedman, W.J., & Janssen, S.M.J. Aging and the speed of time // *Acta Psychologica*. 2010. Vol. 134. No 2. P. 130–141.

Hwang, S., Jayadevappa, R., Zee, J., et al. Concordance Between Clinical Diagnosis and Medicare Claims of Depression Among Older Primary Care Patients // *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2015. Vol. 23. No. 7. P. 726–734.

Grunhaus, L., Pande, A.C., Brown, M.B., et al. Clinical characteristics of patients with concurrent major depressive disorder and panic disorder // *American Journal of Psychiatry*. 1994. Vol. 151. No. 4. P. 541–546.

Gurland, B.J. The comparative frequency and types of depression in various adult age groups // *Journal of Gerontology*. 1976. Vol. 31. No. 3. P. 283–292.

Mueller, T.I., Kohn, R., Leventhal, N., et al. The course of depression in elderly patients // *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2004. Vol. 12. No. 1. P. 22–29.

Müller-Spahn, F., & Hock, C. Clinical Presentation of Depression in the Elderly // *Gerontology*. 1994. Vol. 40. No. 1. P. 10–14.

Nemeroff, C.B., & Vale, W.W. The neurobiology of depression: inroads to treatment and new drug discovery // *Journal of Clinical Psychiatry*. 2005. Vol. 66. Suppl. 7. P. 5–13.

Ratcliffe, M. Varieties of Temporal Experience in Depression // *Journal of Medicine and Philosophy*. 2012. Vol. 37. No. 2. P. 114–138.

Zimbardo, P.G., & Boyd, J.N. Putting time in perspective: a valid, reliable individual-difference metric // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999. Vol. 77. No. 6. P. 1271–1288.

Сведения об авторах

Елена Ю. Балашова, кандидат психологических наук, доцент, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия; 125009, Россия, Москва, ул. Моховая, д. 11, стр. 9; Психологический институт РАО, Москва, Россия; 125009, Россия, Москва, ул. Моховая, д. 9, стр. 4; Научный центр психического здоровья, Москва, Россия; 115522, Россия, Москва, Каширское шоссе, д. 34; elbalashova@yandex.ru

Лика И. Микеладзе, кандидат психологических наук, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1; lika.mikeladze@gmail.com

Balashova E.Yu., Mikeladze L.I.

Late-life depression:
clinical and psychological aspects of research

Moscow State Lomonosov University, Moscow, Russia
Psychological institute of Russian academy of education, Moscow, Russia
Mental Health Research center, Moscow, Russia
Russian national research medical N. I. Pirogov University, Moscow, Russia

The article is devoted to the analysis of clinical and psychological studies of various aspects of depressive disorders of late age. Due to the trend of increasing the number of elderly people in the population for several decades, the frequency of affective diseases of the depressive spectrum is also increasing. This creates a number of serious social, medical and psychological problems, leads to deterioration in the quality of life. Special attention in the article is paid to various factors that increase the risk of depression. These are changes in many parameters of social functioning, personal transformations, unfavorable course of development crises characteristic of late ontogenesis. The features of clinical symptoms and the course of depression in aging, biological and brain risk factors for their occurrence and pathogenesis are considered. One of the dominant topics of the article concerns the psychological aspects of the study of late-life depression. These are, first of all, the features of self-regulation and mediation of mental activity and behavior. Such studies logically integrate the data obtained in the course of neuropsychological and pathopsychological studies with the ideas of L.S. Vygotsky's cultural-historical approach on the determination of the development of the mentality and behavior. In late depression, compared with normal aging, the motivational support of mental activity decreases, goal-setting processes change, the need for optimization of cognitive functioning decreases, the range of mediating techniques and strategies used in solving various cognitive tasks narrows. The article analyzes the features of memory, various types of perception and voluntary movements, attention, thinking, speech and language in late-life depression compared with normal (physiological) aging. Clinical and psychological analysis of the triggers of affective disorders of the depressive spectrum, personality and cognitive changes in late depression allows us to approach the solution of one of the fundamental issues of clinical psychology – the differentiation of normal and pathological manifestations of aging.

Key words: aging, clinical psychology, cognitive functions, motivation, emotions, mediation, regulation

For citation: Balashova, E.Yu., Mikeladze, L.I. (2022). Late-life depression: clinical and psychological aspects of research. *New Psychological Research*, No. 4, 140–171. DOI: 10.51217/npsyresearch_2022_02_04_07

Acknowledgment

The study was supported by Russian Foundation for Basic Research, project № 20-013-00075 “Man in everyday life: psychological phenomenology and regularity”.

References

Ananyev, B.G. (2008). *Personality, subject of activity, individuality*. Moscow: Direkt-Media.

Åström, E., Wiberg, B., Sircova, A., Wiberg, M., Carelli, M G. (2014). Insights into features of anxiety through multiple aspects of psychological time. *Journal of Integrative Psychology and Therapeutics*, 2(1), 3.

Avedisova, A.S., Zakharova, K.V., Mironova, N.V., Anosov, Yu.A. (2013). Features of age-related pathomorphosis of non-psychotic depressive disorders. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, 11(2), 7–13.

Balashova, E.Yu. (2016). The mediation and self-regulation of mental activity in normal aging and affective disorders of the late age (on example of memory and time perception). *Psikhologicheskie issledovaniya*, 9(46), 2. Retrieved from <http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n46/1255-balashova46.html>

Balashova, E.Yu. (2020). Symptoms of neurocognitive deficit in affective disorders at a late age. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii*, 12, 3(62), 1.

Balashova, E.Yu., Mikeladze, L.I. (2013). Age differences in perception and experience of time. *Psikhologicheskie issledovaniya*, 6(30), 9. Retrieved from <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n30/854-balashova30.html>

Balashova, E.Yu., & Mikeladze, L.I. (2015a). Features of the time perspective in normal aging and depression of late age. *Psikhologicheskie issledovaniya*, 8(39), 3. Retrieved from <http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n39/1087-balashova39.html>

Balashova, E.Yu., Mikeladze, L.I. (2015b). Estimation of time intervals and determination of time by the clock in affective disorders at a late age. *Voprosy psikhologii*, 3, 95–105.

Balashova, E.Yu., Starkova, N.R., & Shcherbakova, N.P. (2003) Mediation of mental activity in affective disorders at a late age. In T.V. Akhutina, J.M. Glozman (Eds.), *A.R. Luria and psychology of the XXI century. Reports of the Second International Conference dedicated to the 100th anniversary of the birth of A.R. Luria* (pp. 259–263). Moscow: Smysl.

Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, L. (2005). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.

Blazer, D. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58 (3), 249–265.

Blazer, D., Hybels, C. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35, 1–12.

- Chomskaya, E.D. (1987). *Neuropsychology*. Moscow: Izd-vo Mosk. un-ta.
- Draaisma, D. (2004). *Why life speeds up as you grow older: How memory shapes our past*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Erickson, E. (1996). *Identity: youth and crisis*. Moscow: Progress.
- Fraisse, P. (1963). *The psychology of time*. New York: Harper and Row.
- Fraisse, P. (1984). Perception and estimation of time. *Annual Review of Psychology*, 35, 1–36.
- Friedman, W.J., Janssen, S.M.J. (2010). Aging and the speed of time. *Acta Psychologica*, 134(2), 130–141.
- Gavrilova, S.I. (Ed.). (2020). *Guide to Geriatric Psychiatry*. Moscow: MEDpress-inform.
- Grunhaus, L., Pande, A.C., Brown, M.B., Greden, J.F. (1994). Clinical characteristics of patients with concurrent major depressive disorder and panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(4), 541–546.
- Gurland, B.J. (1976). The comparative frequency and types of depression in various adult age groups. *Journal of Gerontology*, 31(3), 283–292.
- Hanna, T. (1996). *The Art of not getting old. How to regain flexibility and health*. St. Petersburg: Piter-Press.
- Hwang, S., Jayadevappa, R., Zee, J., Zivin, K., Bogner, H.R., Raue, P.J. (...) Gallo, J.J. (2015). Concordance Between Clinical Diagnosis and Medicare Claims of Depression Among Older Primary Care Patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(7), 726–734.
- Kontsevoy, V.A. (1999). Functional psychoses of late age. In A.S. Tiganov (Ed.), *Handbook of Psychiatry*. (Vol. 1., pp. 667–685). Moscow: Meditsina.
- Kontsevoy, V.A., Medvedev, A.V., & Yakovleva, O.B. (1997). Depression and aging. Depression and comorbid disorders. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, 2(49), 114–122.
- Korsakova, N.K., & Balashova, E.Y. (2007) Compensatory possibilities of self-regulation of mnestic activity at a late age. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 17(2), 10–13.
- Korsakova, N.K., & Balashova, E.Yu. (1995). Mediation as a component of self-regulation of mental activity at a late age. *Vestnik Mosk. gos. universiteta. Ser. 14, Psikhologiya*, 1, 18–23.
- Korsakova, N.K., & Balashova, E.Yu. (2000). Features of memory in old age. In L.I. Dvoretzky, L.B. Lazebnik (Eds.). *Handbook of diagnosis and treatment of diseases in the elderly* (pp. 120–135). Moscow: Novaya volna, Oniks.
- Krasnov, V.N. (1987). On some age-related features of the structure and dynamics of circular depressions. In A.V. Snejevsky (Ed.). *Age-related aspects of depression (clinic, diagnosis, therapy): collection of scientific papers* (pp. 14–17). Moscow: Izd-vo MNII psikiatrii MZ RSFSR.

Krasnov, V.N. (2010). *Educational program on depressive disorders. General part. The main aspects of depression*. Vol. 1. Moscow: MNII Psikiatrii.

Krasnova, O.V., & Leaders, A.G. (2002). *Social psychology of aging*. Moscow: Akademiya.

Kritskaya, V.P., Meleshko, T.K., Polyakov, Yu.F. (1991). *Pathology of mental activity in schizophrenia: motivation, communication, cognition*. Moscow: Izd-vo Mosk. un-ta.

Luria, A.R. (1973). *Fundamentals of neuropsychology*. Moscow: Izd-vo Mosk. un-ta.

Luria, A.R. (2000). *Higher cortical functions in man and their disturbances in local brain lesions*. Moscow: Akademicheskii proekt.

Maximova, S.G. (2001). Socio-value aspects of the perception of old age. *Izvestiya AGU*, 2, 28–33.

Mikeladze, L.I. (2016). *Perception of time in affective disorders at a late age* (Abstract of Doctoral dissertation). Moscow State Lomonosov University, Moscow.

Mueller, T.I., Kohn, R., Leventhal, N., Leon, A.C., Solomon, D., Coryell, W. (...) Keller, M.B (2004). The course of depression in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(1), 22–29.

Müller-Spahn, F., Hock, C. (1994). Clinical Presentation of Depression in the Elderly. *Gerontology*, 40 (1), 10–14.

Nemeroff, C.B., Vale, W.W. (2005). The neurobiology of depression: inroads to treatment and new drug discovery. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (Suppl. 7), 5–13.

Nikolaeva, V.V. (1987). *The influence of chronic illness on the mentality*. Moscow: Izd-vo Mosk. un-ta.

Ratcliffe, M. (2012). Varieties of Temporal Experience in Depression. *Journal of Medicine and Philosophy*, 37(2), 114–138.

Ryakhovsky, V.V. (2011). *Immediate outcomes of depression in people in involution and late age*. (Abstract of Doctoral dissertation). Mental Health Research center, Moscow.

Smulevich, A.B. (2001). *Depression in general medicine*. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo.

Sokolova, E.T., Nikolaeva, V.V. (1995). *Personality traits in borderline disorders and somatic diseases*. Moscow: SvR-Argus.

Sternberg, E.Ya. (1977). *Gerontological psychiatry*. Moscow: Meditsina.

Stuart-Hamilton, I. (2010). *Psychology of Ageing*. Moscow: Piter.

Syrtsova, A., Mitina, O.V. (2008). Age dynamics of temporary orientations of personality. *Voprosy psikhologii*, 2, 41–54.

Tiganov, A.S. (Ed.). (1999) *Handbook of Psychiatry*. Vol. 1. Moscow: Meditsina.

Tkhostov, A.S. (2002). *Psychology of physicality*. Moscow: Smysl.

Zarudnaya, E.A., Balashova E. Yu. (2018). Verbal memory in late ontogenesis: normal aging and late life depression. *Psikhologicheskie issledovaniya*, 11 (57), 2. Retrieved from <http://psystudy.ru/index.php/num/2018v11n57/1523-zarudnaya57.html>

Zeigarnik, B.V. (1986). *Pathopsychology*. Moscow: Izd-vo Mosk. un-ta.

Zimbardo, P.G., Boyd, J.N. (1999). Putting time in perspective: a valid, reliable individual-difference metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271–1288.

Information about the authors

Elena Yu. Balashova, Ph. D. (Psychology), Associate Professor, Moscow State Lomonosov University, Moscow, Russia; 125009, Russia, Moscow, Mokhovaya str., bld. 11–9; Psychological Institute of Russian Academy of Education, Moscow, Russia; 125009, Russia, Moscow, Mokhovaya str., bld. 9–4; Mental Health Research center, Moscow, Russia; 115522, Russia, Moscow, Kashirskoye hwy., bld 34; elbalashova@yandex.ru

Lika I. Mikeladze, Ph. D. (Psychology), Russian National Research Medical N. I. Pirogov University, Moscow, Russia; 117997, Russia, Moscow, Ostrovityanova str., bld. 1; lika.mikeladze@gmail.com