Московский Психолого-Социальный Университет

Дипломная работа

Психология

Особенности когнитивной сферы при депрессиях позднего возраста

Москва - 2014г.

Содержание

Введение

1. Обзор литературы по проблемам исследования

1.1 Клинико-психологические характеристики депрессий позднего возраста

.2 Исследования когнитивной сферы при нормальном и патологическом старении

. Эмпирическое исследование когнитивных процессов больных с депрессиями в позднем возрасте

.1 Цели и задачи исследования

2.2 Методики эмпирического исследования

.3 Характеристика испытуемых

.4 Результаты эмпирического исследования

.5 Обсуждение результатов

Выводы

Заключение

Список литературы

депрессия старение депрессия больной

Введение

"Депрессия (от латинского слова depressio - подавление) - это психологическое расстройство, которое характеризуется пониженным настроением (гипотимией), торможением интеллектуальной и моторной деятельности, снижением витальных побуждений, пессимистическими оценками себя и своего положения в окружающей действительности, соматоневрологическими расстройствами. Депрессии присуще такие когнитивные свойства, как отрицательная, уничтожающая оценка собственной личности, внешнего мира и будущего. Депрессивные состояния отличаются большим многообразием и распространенностью".

Депрессия - это расстройство очень распространенное. Каждый человек в своей жизни, в зависимости от того как она складывается и оправдываются ли желание человека, сбываются ли его планы, влияет на возникновение или пропажу данного расстройства. Ситуации в жизни бывают самые различные и некоторые факторы, проявляющиеся в повседневной жизни, влияют на данное душевное расстройство. Особенно выраженный характер депрессии возникает в более позднем возрасте. Когда люди в связи с возрастными заболеваниями или слабости и неспособности жить полноценной жизнью испытывают чувства депрессии. Так же депрессия может возникать и в результате осознания понимания ценности жизни. Данное расстройство оказывает пагубное воздействие на жизнь человека. На его деятельность и стремлению к цели и позитивному настрою. Людей пожилого возраста часто посещают мысли о том, как они одиноки. В результате проявляется чувство апатии и безысходности. Отношение человека к жизни, его ценности и стремления тесно связаны не только с бытом, но и со здоровьем и настроением. Депрессия это не постоянный фактор и имеет своего рода психологический характер. Поэтому он вполне поддается лечению (прием антидепрессантов и успокоительных). Лечение, в большинстве случаях, не обязательно. Для того чтобы депрессия не возникала и не имела постоянный отягощающий характер нужно всегда сохранять позитивный настрой и сохранять его по отношению ко всему, что происходит в жизни. Основная задача психолога дать человеку правильный стимул для установления позитивного отношения ко всему, что его окружает, сохраняя при этом серьезность в необходимых жизненных ситуациях.

В связи с распространенным характером депрессии позднего возраста, можно дать современное определение данному симптому - отчетливая возрастная специфика депрессивных проявлений. Для людей позднего возраста депрессивное расстройство имеет зачастую массовый характер, но не является неизлечимым расстройством. Депрессивные расстройства устойчиво занимают первое место по частоте среди психических нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста.

Данную проблему, возможно, разобрать с точки зрения субъективной психосемантики. Основным характером психосемантических методов является отсутствие четких инструкций и определенных стимулов. Субъективная психосемантика может дать ответ на вопрос о субъективной картине мира и происходящих событий, влияющих на причину возникновения и протекания депрессии. Прямая констатация актуальных свойств, которыми наделяется являющийся объект, может дать сведения о когнитивных структурах. Вся суть данного вопроса складывается из взаимосвязи человека с миром. Это напрямую зависящие и перекликающиеся причины и вытекающие из них следствие.

Когнитивная теория депрессии (А.Бек 1967,1976, А.Бандура 1977,1983) основана на утверждении, что главная причина возникновения депрессии возникает и протекает в результате возникновения и проявления комплексов, из которых складывается субъективная картина мира и собственных возможностей. А.Бек утверждает, что познание является первичной детерминантой эмоций, настроения и поведения. Негативный взгляд на мир и окружающую реальность заставляет человека создавать неадекватно картину всего окружающего и объяснять все свои действия, а так же слова и действия окружающих невозможностью и неспособностью что либо изменить и повлиять на текущую перемену событий. А.Бек объясняет большинство типичных депрессивных симптомов, таких как паралич воли, попытки самоубийства и самообесценивание как результат специфических когнитивных детерминант.

Физиологические симптомы проявления депрессивного расстройства объясняются А.Беком как общая психомоторная заторможенность, вытекающая из отказа от активности вследствие полной уверенности в бесперспективности любых начинаний. "По мнению А.Бека, депрессивные симптомы являются следствием своеобразных ложных "бессознательных умозаключений", и все проявления депрессивного синдрома есть следствие активации негативных когнитивных паттернов. Наблюдающиеся при депрессии поведенческие симптомы суть отражение нарушения мотивационной сферы: паралич воли, избегающее поведение и т.д." Человек склонный к депрессиям видит себя слабым и беспомощным и для его самоутверждения необходима поддержка окружающих, но данное обстоятельство развивает сильную зависимость от других людей.

Существует 5 основных групп проявления депрессии: эмоциональные, когнитивные, мотивационные, вегетативные и физические. Эмоциональный фон у людей страдающей депрессией проявляется постоянным унынием, грустью и безысходностью. Когнитивные явления проявляются в том, что человек видит себя несостоявшимся в реализации особо его волнующих жизненных вопросах. Мотивационные явления напрямую связаны с угнетением, неспособностью, несостоятельностью изменить, что либо в своей жизни и физиологических проблематичных особенностях (потеря аппетита).

А.Бек выделяет следующие когнитивные паттерны, продуцирующие депрессивные состояния: когнитивная триада, когнитивные схемы и когнитивные ошибки. Функционирование этих паттернов способствует формированию чувства беспомощности и зависимости от окружающей среды депрессивного субъекта. В силу определенных искажений мыслительных процессов правила строятся на основе неверных умозаключений типа "являться бесперспективным - значит полностью несостоявшимся".

Когнитивный подход является основным методом анализа депрессивного расстройства человека. Однако возникновение депрессии это зачастую не причина, а следствие.

Данный подход вводит ряд важных концептов, позволяющих экстраполировать их на область нормального психического функционирования самосознания, и является одной из наиболее психологически проработанных моделей депрессии. Не находят своего объяснения, в рамках когнитивной теории, причину возникновения, внезапное проявление депрессивного расстройства. Некоторые авторы, анализируя данный аспект, объясняют причину внезапного осознания себя как состоявшегося человека, утраты веры в свои силы и возможности и построения ложной картины окружающей реальности. Часто депрессия является причиной суицидальных попыток, посредством подавления личностью инстинкта самосохранения.

Мотивы, движущие суицидальным поведением: невыносимая душевная боль, идеи неполноценности и самоуничижения, самонаказание, самообвинения, ипохондрические идеи, экзистенциальный тупик (безысходность, безвыходность), неизлечимые заболевания, потеря экологической ниши, ситуационные моменты, которые прежде не были патогенными (семейные, служебные, межличностные) и др.

Суицидальные мысли могут иметь различный характер и проявляются тоже по-разному. Все зависит от личности человека страдающего депрессией, причины, длительности течения, наличия двигательной заторможенности или конфликта с врачом или неблагоприятной семейной обстановки. Чаще всего суицидальные тенденции появляются при относительно неглубоких депрессиях и имеют импульсивный и временный характер.

Депрессия позднего возраста характерна более застоявшимся и хроническим характером проявления, так как в процессе старения значительно ухудшается здоровье, двигательные функции, возникает слабость и закомплексованность. Учитывая тот факт что старение - это необратимый процесс, усложняются и возможности лечения данного депрессивного расстройства. Чаще всего при возникновении депрессии люди понимают, что их жизнь подходит к завершающему этапу и что либо изменить они уже не в состоянии. Данный аспект скорее является следствием, а не причиной депрессивного расстройства. Поэтому его лечение проблематично.

Цель исследования - Определение когнитивной сферы и её влияния на психологическое и двигательное состояния организма в позднем возрасте при наличии депрессии.

Объект исследования - Функции регуляции, программирования и контроля в позднем онтогенезе при наличии депрессии у человека позднего возраста.

Задачи:

) Анализ современных данных о возрастных особенностях функций регуляции и контроля психической деятельности при нормальном старении и при аффективных расстройствах депрессивного спектра в позднем возрасте.

) Проведение нейропсихологического обследования психически здоровых лиц пожилого возраста.

) Определение степени выраженности снижения разных регуляторных функций при нормальном старении и при аффективных расстройствах депрессивного спектра в позднем возрасте с помощью "Нейропсихологической шкалы оценки лобной дисфункции".

Гипотеза исследования: Были сформулированы следующие гипотезы исследования:

) Степень выраженности снижения регуляторных функций будет у больных депрессиями более выражена, чем у психически здоровых испытуемых, причем различия будут статистически значимыми.

) В позднем возрасте человек более склонен к заторможенности двигательных и психологических функций, влияющих на возникновение чувства и состояния депрессии

) И при нормальном, и при патологическом старении происходит равномерное снижение всех исследуемых параметров регуляторных функций.

) Обработка данных комплексного нейропсихологического обследования больных депрессиями позднего возраста.

1. Обзор литературы по проблемам исследования

.1 Клинико-психологические характеристики депрессий позднего возраста.

Многие показатели исследований показывают наличие пагубных изменений происходящих в организме человека в процессе инволюции, они затрагивают либо обширные области, либо в процессе старения весь организм. Но, тем не менее, ученым известно, что старение это очень сложный и противоречивый процесс и в некоторых случаях зарегистрировано не только снижение активности, но и её усиление. В хронологический период от 60 до 65 лет процесс старения имеет достаточно относительный характер. Порой наблюдается улучшение функционирования одних систем и ускоренная, происходящая разными темпами, инволюция других. Более длительное время сохраняются те функции, которые влияют на общий процесс активности жизненных структур организма.

Изменения, протекающие в организме, имеют исключительно индивидуальный характер. В процессе старения наблюдается как психическое, так и непсихическое развитие организма.

Количественные изменения и качественная перестройка биологических структур определяют противоречивый характер процесса старения. В организме развивается способность к адаптации, активизируются различные системы организма, что сохраняет его жизнедеятельность, позволяет преодолевать деструктивные (разрушительные, отрицательные) явления старения.

После завершения репродуктивного периода проявляются различные пути повышения биологической активности различных структур организма, которые обеспечивают его работоспособность в целом. Сознательный контроль протекания психологических процессов препятствует возникновению депрессии в более позднем возрасте. Сознательный контроль фиксируется на основе речевых и мыслительных процессов.

Мыслительные и речевые процессы человека пожилого возраста рассматриваются исключительно индивидуально и зависят от накопленного в процессе жизни опыта и биологического резерва. Изменения в период геронтогенеза зависят от степени зрелости конкретного человека как личности и субъекта деятельности. Способность человека к противодействию геронтогенеза зависят от уровня образования, физической силы и активности, рода занятий, степени интеллектуальной зрелости и всех остальных факторов в совокупности. Так же имеет значение творческий индивидуальный потенциал человека и желание к трудовой (умственной или физической) деятельности. На данный момент имеются данные о большом количестве людей пожилого возраста и даже старческого, проявляющие свой трудовой потенциал в различных сферах деятельности. Легкие депрессивные расстройства имеют место в 10 раз чаще тяжелых форм депрессивного расстройства, требующих стационарного клинического лечения. Поздний возраст является пиковым в отношении проявления депрессивных расстройств. Известно, что многие люди более позднего возраста не попадают в психиатрические больницы не только потому, что избегают посещения психиатра. Нередко это происходит вследствие бытующего "эйджиизма" во взглядах части медицинских работников, которые привычно относят психические симптомы к проявлениям либо необратимых возрастных изменений, либо соматических заболеваний.

Пожилые люди более склонны к возникновению и проявлению различных признаков депрессивного расстройства. У людей позднего возраста наиболее часто замечались лабильность, эмоциональная раздражительность, угрюмость и реже - тоска. Для пожилых людей более свойственны идеи ущербности и обнищания, реже наблюдаются признаки самообвинения и малоценности, но наиболее чаще проявления депрессии - ипохандрические. Гораздо чаще процесс протекания депрессии протекает с ажитацией и проявлению заторможенности. Наблюдались случаи меланхолического протекания депрессии (МДП) у людей 70 летнего возраста. В позднем возрасте процесс лечения депрессии более проблематичен, так как имеет затяжной и хронический характер.

Эндрогенная депрессия в пожилом возрасте имеет ряд факторов (преморбидные особенности личности, усиливающиеся с возрастом и иногда приобретающие утрированный характер, повышенная ранимость, большое влияние факторов внешней среды, сосудистая патология и др.). По этой причине у людей позднего возраста классификация протекания депрессии затруднена. Именно в результате анализа своих возможностей и закомплексованности, а так же слабости, пессимистических мыслей, беспомощности, бесперспективности и зависимости от других возникают бредовые мысли о обнищании. Спровоцированные атеросклерозом нарушения памяти создают основу для возникновения идей ущерба, обкрадывания, повышенная ранимость и реагирование на незначительные внешние факторы обусловливают "малый размах", бытовой характер бредовых идей. В более тяжелых формах протекания расстройства у пожилых людей возникает бред Котара.

У людей позднего возраста с органическими поражениями мозга, вызванными атеросклерозом, депрессия протекает с симптомами типичной сосудистой деменции. Грубые нарушения протекания мозговых процессов затрудняет лечение симптомов депрессии и психологический контакт с больным. При легкой форме депрессии расстройство имеет обратимый характер и проходит либо само, либо в результате лечения антидепрессантами. При более тяжелых формах депрессии изменение личности протекает по сосудистому типу и практически не поддается лечению. Но благодаря методике Алимовой лечение возможно при применении фармакологических проб: введение имизина (имипрамина) и диазепама.

У людей позднего возраста депрессия имеет затяжной и хронический характер и практически не поддается лечению в связи с ухудшением соматического состояния и инвалидизации. Среди людей позднего возраста, обращающихся за помощью в поликлинику, депрессивная симптоматика синдромального уровня выявляется в 17-30% случаев, а у нуждающихся в повседневном уходе - в 30-45%.

Традиционно считается что у пожилых людей расстройства имеют индивидуализированный характер, а триггеры - неблагоприятно сложившиеся события.

От развития депрессивных расстройств пожилого человека может защитить только благоприятная семейная обстановка и необходимый положительный уход, материальное благосостояние, профессиональная занятость, активная жизненная позиция, позитивное отношения к протекающим событиям. Взаимодействие этих факторов определяет разовьется ли у пожилого человека депрессия или же нет. У некоторых людей депрессия возникает из за любой мелочной проблемной ситуации, а некоторым людям свойственна её отсутствие при тяжких жизненных проблемах и обстоятельствах. Возникновение депрессии носит исключительно индивидуальный характер.

Гененетическое строение организма и наследственность не являются признаком возникновения депрессии. Жизнь пожилого человека полна проблем и утрат. Число негативных событий со временем накапливается и является причиной возникновения расстройства в пожилом возрасте.

Исследования показывают, что у лиц живущих в браке депрессивные расстройства встречаются в 9 раз реже. У одиноких людей позднего возраста признаки депрессии сохраняются годами. Уход детей, отсутствие семейной жизни, одиночество, а в результате полная изоляция влияет на социальную редукцию и симптому проявления депрессивного расстройства.

Наиболее отрицательным фактором является ухудшение здоровья, малоподвижность, социальная изоляция. Физиологические изменения влияют на пессимистическую оценку, снижению сенсорных и двигательных функций, нервному расстройству, необходимости в постоянной помощи и зависимости. Чем сильнее инвалидизация, тем более хронический характер имеет депрессивное расстройство.

В высокоразвитых странах процент людей больных хроническими заболеваниями растет за счет людей позднего возраста. Депрессия возникает в результате возникновения при поздних физиологических изменениях болевых симптомов. Настроенье является индивидуальным модулятором болевых симптомов, а тревога и депрессия неспецифическим усилителем боли.

Депрессия увеличивает риск появления боли, хронифицирует ее, влияет на ее интенсивность. Люди позднего возраста чаще страдают болевыми симптомами возникающими по физиологическим и психологическим причинам. Люди с симптомами депрессии принимают больше обезболивающих препаратов.

Обуславливающей причиной понижения настроения может быть хронический прием препаратов. Чаще депрессогенный эффект отмечается при приеме пожилыми лицами стероидов, антигипертензивных препаратов и анальгетиков, особенно содержащих кодеин.

Диагностические критерии депрессии разделены на основные и дополнительные симптомы, согласно международной классификацией болезней. Наиболее распространенной является легкая форма депрессии у пожилых, для диагностики которой достаточно двух определяющих симптомов.

Возраст может являться причиной возникновения одних расстройств и подавлять другие. Люди позднего возраста реже жалуются на грусть, в отличие от молодых людей. В то же время могут проявиться другие симптомы депрессии. Апатия может являться причиной и биологическим следствием депрессии, поэтому больные с симптомами апатии должны быть тщательно обследованы.

Симптомы депрессии неспецифического и соматического характера выдвигаются людьми пожилого возраста как главная жалоба (быстрая утомляемость, потеря аппетита, плохой сон и.др.). Ложная жалоба на потерю памяти является следствием возникновения депрессии. Депрессия в позднем возрасте сопровождается чувством постоянной тревоги и переживания по самым различным поводам. Иногда тревога доминирует, что дает неточный взгляд на общий процесс протекания депрессии.

Депрессия даже в легкой форме может явиться причиной суицида у пожилого человека. Депрессия утяжеляет характер соматических заболеваний. Она является причиной госпитализации и смертности среди пожилых. Пожилые люди чаще отказываются от лечения мотивируя бесполезностью и преклонностью своего возраста, что затрудняет процесс лечения. Изменение жизненной позиции влечет отказ от какой-либо деятельности, сокращение круга общения.

Депрессия нарушает коммуникативные особенности между пациентом и врачом. Мягкая и тяжелая форма расстройства влияет на соматический характер заболевания, длительность, оценку собственного здоровья и качества жизни.

Негативные последствия позднего выявления симптомов депрессии у людей позднего возраста сводятся к следующему:

возникновения повышенного риска проявления попыток суицида;- более длительное нахождение на лечении в психоневрологическом стационаре;

утяжеление форм депрессивного расстройства по сравнению с ранним периодом;

инфаркт из-за учащения частоты работы сердца, вследствие психологических переживаний;

сокращение продолжительности жизни;

снижение уровня социальной адаптации в повседневной жизни.

Достаточно редкий случай, если пожилой человек, страдающий депрессией, не состоит на учете в психиатрической больнице и не наблюдается у психиатра.

Симптомы проявления депрессивных расстройств:

- Утрата желания радоваться жизни;

- Постоянная угнетенность, пессимизм и грусть в отношении всех жизненных проявлений.

 Ослабление физических функций организма, Потеря аппетита.

Дополнительные симптомы проявления депрессии:

- Подавленность; - Низкая самооценка;- Отсутствие желания радоваться жизни;- Угнетенность;- Членовредительство и суицид; - Самоуничтожение;- Чувство вины;- Нервная истощенность;- Слабость и потеря аппетита, а также двигательной активности;- Снижение уровня энергии и концентрации. - Депрессивный и критичный самоанализ.

Биполярным депрессивным расстройством, маниакально депрессивной формой или просто манией называется особенность депрессивного расстройства, когда человек приобретает сверх активность, неадекватно себя ведет, чрезмерно самоуверен и раздражителен. Данное состояние имеет импульсивный характер и поддается лечению в психоневрологическом стационаре.

К депрессии боле склонны женщины, нежели мужчины. Женщины более часто и охотно признают тот факт, что чувствуют себя одиноким, имеют чувства печали и безнадежности. Данное проявление характерно при отсутствии полового партнера или периодически протекающих менструальных циклов. Мужчины более склонны к подавлению депрессии с помощью алкоголя или наркотических веществ, и они реже обращаются за психологической помощью.

Депрессия отличается по характеру, выраженности, степени длительности и форме протекания. Существует достаточно большое количество её типов. Если на фоне подавленного и угнетенного настроения человек находит в себе чувства заниматься делами личного или бытового характера, то это легкая форма протекания. Если в процессе протекания проявляются несколько её типов, но человек в состоянии сосредоточится на делах или проблемах, то это умеренная форма. Тяжелая форма протекания проявляется в том, что человек зацикливается на чувстве и проявлении симптомов депрессии и кроме мыслей депрессивного характера, не может больше делать ничего. В какой-то степени риск заболеть депрессивным расстройством имеет каждый из нас. Пагубные события, которые могут проявиться в жизни каждого из нас, особенно если они периодически чередуются и приводят к тяжелому стрессу, могут явиться причиной возникновения депрессивного расстройства.

Причина возникновения - это не только события и индивидуальный характер человека склонного к депрессии, но и результат сложных биохимических процессов проходящих в организме связанных с деятельностью головного мозга. Причиной может также являться гормональная перестройка организма и снижение активности биохимических процессов, влияющих на возникновение депрессивного расстройства.

Картина депрессии имеет определенный характер и характеризуется определенными симптомами и проявлениями:

физиологические изменения (пониженная активность, слабость, потеря аппетита, потеря сна, потеря веса),

поведенческими особенностями (подавленное депрессивное состояние, потеря настроения, самообвинение, суицидальные мысли или действия),

негативные социальные проявления (уход от контакта с другими людьми, пониженная общительность, рассеянное внимание, проблемы с концентрацией),

При депрессии мыслительные процессы сильно затормаживаются и изменяются. Все внимание сконцентрировано на прошедшие события. Человек теряет связь с реальным миром, погружаясь в собственные утопические и депрессивные взгляды. В этом состоянии человек отдаляется от настоящего хода событий и объективного анализа окружающей его действительности. Возникают страхи и беспочвенные переживания, что провоцирует суицидальные мысли и дает иллюзию ложной картины окружающего мира. В некоторых случаях человек начинает планировать и представлять свое самоубийство, спровоцированное ранее сложившимися депрессивными мыслями.

В более тяжелых формах может проявиться психопатическая депрессия (возникновение бреда и галлюцинаций что серьезно повышает риск суицида). В данном случае больного надо немедленно госпитализировать. Атипичная депрессия (наблюдается смешанная картина симптомов типичных для большой депрессии и нетипичных "атипичных"), послеродовая депрессия, послеродовой психоз и предменструальное дисфорическое расстройство - все это различные симптомы проявления депрессии.

Склонность к депрессии проявляется исключительно индивидуально и чаще всего больной депрессией человек отрицает фактическое проявление данного заболевания, так как состояние депрессии поражает мыслительные процессы восприятия и оценки своего состояния. Человек теряет понимание того, что нуждается в срочной психологической или медицинской помощи. Два главных признака проявления депрессии, это подавленное настроение и чувство опустошенности, а так же потеря интереса к простым радостям жизни. В депрессии многие люди отстраняются и отгораживаются от нормального социального контактирования.

При возникновении депрессии проявляется психомоторная заторможенность и общие физиологические изменения. Замедляется походка, плечи опущены, снижается активность, моторика и речь замедляются. Депрессия может проявляться и в повышенно возбужденном состоянии, что сразу бросается в глазах и выглядит достаточно необычно.

Существует определенный тип депрессии, проявляющийся сезонно и свойственный как людям позднего возраста, так и более раннего - этот тип называется сезонное аффективное расстройство. Активно проявляется этот вид депрессии зимой, летом же человек испытывает позитивные и даже разные чувства. Возможно проявление признаков депрессии и в другое время года.

Сопровождается потребностью больше спать, повышением аппетита, слабостью, раздражительностью, подавленным настроением, неспособностью к осуществлению деятельности. Признаки депрессии с приходом весны исчезают.

Дисфункциональные сферы развития депрессии закладываются еще в раннем детстве и впоследствии являются причиной возникновения депрессивных расстройств. При пароноидальном расстройстве человек достаточно агрессивен и не коммуникабелен.

Причины возникновения симптомов аффективного расстройства до сих пор неясны, но есть теория, что психофизические изменения связаны с гормональным перепадом серотонина и мелатонина. У людей пожилого возраста зачастую имеется значительная склонность к депрессиям и самобичеванию, а также угнетенному и безысходному состоянию восприятия всего окружающего.

Пожилой человек не просто заново возвращается к травматическим переживаниям раннего детства, в когнитивной терапии, а с помощью ролевой игры старается использовать функциональные взрослые способы реагирования на человека, о котором идет речь. Это дает возможность больному рассмотреть детские переживания с точки зрения взрослого и отбросить старые дисфункциональные установки, возникшие из этих переживаний.

В некоторых случаях человек проигрывает в своем воображении схему автоматического восприятия, например этот человек - враг, данное восприятие является ложным и отражает характер проявления расстройства восприятия, а также может идти в разрез с реальной ситуацией.

У людей позднего возраста депрессии распространены, это более тринадцати с половиной процентов населения определенного возраста. Социальные ограничения и инвалидность считаются важными детерминантами при распространенности заболевания. Депрессивные состояния возникают как сопровождение ряда соматических заболеваний хронического течения, в том числе, и сердечных. При диагностике, учитывается вероятность наличия патологий и деменции, а также врач собирает анамнез и проводит психологическую терапевтическую помощь.

Специалисты подразделяют депрессию на малую (временную депрессия импульсивного характера) и тяжелую (хроническую). Выраженная депрессия наблюдается у пожилых почти в четырнадцати процентах случаев. По характеру протекания и возможности излечения у данных типов депрессии одинаковые шансы. Неблагоприятные последствия малой депрессии в данном случае находятся в промежуточном положении, это диапазон от большой депрессии до ее полного отсутствия

В процессе исследования малой депрессии проявилось большинство случаев отсутствия соматических изменений и наличие психологических причин связанных с социальной активностью и проблемах в личной жизни. О эффективном лечении имеется небольшое количество данных.

У людей позднего возраста диагностируется сосудистая депрессия, клиническими признаками данного подтипа является психомоторная заторможенность при плохой исполнительной активности. Мышление в данном случае менее депрессивное. Этот подтип депрессии основан на изменениях в белом веществе, вызванных ишемией.

Познавательные особенности (когниции) предопределяют его постоянное, стабильное поведение на протяжении всей его жизни. Сами когниции в свою очередь подразделяются на ряд психических функций организма: восприятие, внимание, планирование своего графика и осуществление действий для выполнения заданного плана, эмоционально-волевой контроль деятельности, сохранность сенсорных функций и особенностей организма и.т.д.

Жалобы на плохую память чаще регистрируются у пожилых людей, это является одним из симптомов депрессивного расстройства, но не являются причиной слабоумия или умственных отклонений. Депрессия - частый спутник пожилого человека и требует особого внимания, поскольку может явиться причиной возникновения когнитивных нарушений.

При установления длительного наблюдения за людьми имеющими четко сохранный когнитивный статус, но имеющие определенный депрессивные расстройства установили, что наблюдается вероятность снижения когнитивных функций организма, при длительности протекания депрессии на протяжении 3,5 лет. У человека с выраженной когнитивной дисфункцией или нарушением белого мозгового вещества, есть основание утверждать развитие деменции в последующие годы жизни.

Деменции - необратимые, приобретенные состояния. Подавляющая доля пациентов страдает от состояний, находящихся в диапазоне от преимущественно сосудистой до дегенеративной причины. В случае возникновения деменции у пожилых людей расстройство памяти можно считать серьезным отрицательным признаком. В совокупности с мнестическими нарушениями как правило выявляются ряд нейропсихиатрических симптомов: расстройство сна, изменение состояния, подозрительные и бредовые состояния, галлюцинации и.др. Психопатологические изменения тревога, переживания, раздражительность является частым признаком проявления депрессии и клинически выраженной деменции. Особого внимания заслуживают данные проявления у людей позднего возраста, так как они могут иметь тяжкий и необратимый характер. При проявлении депрессии в позднем возрасте и особенно при её периодическом повторении может возникнуть деменция позднего возраста или когнитивная дисфункция. Лечебные вмешательства при проявлениях, возникших на фоне когнитивных нарушений, требуют комплексного подхода, учитывающего характер органического поражения головного мозга.

Нарушения познавательного функционирования в целом и нарушения памяти должны фиксироваться опытным врачом психологом или психиатром. Такие люди тяжело контактируют и для них характерны асоциальное поведение, либо некритичны в происходящих с ними изменениях, неуживчивы и принципиальны. Данное поведение ограничивает этих людей в получении социальной поддержки.

Категории нейропсихиатрических симптомов при состояниях, связанных с когнитивным дефицитом:

• Моторные нарушения • Ажитация • Тревога • Апатия • Бред и ложные узнавания • Депрессия/дисфория • Расторможенность • Эйфория • Галлюцинации • Иллюзии • Обсессивно-компульсивные симптомы.

Эпидемиологические данные о распространенности ЛКР неутешительны. От 2% до 30% в общей популяции и от 6% до 85% контингента стационарных больных (средние показатели - порядка 40%) имеют его проявления. В среднем порядка 3% лиц старше 60 лет и 15% лиц в возрасте старше 75 лет может быть поставлен диагноз ЛКР. Люди с такими расстройствами, к сожалению, составляют значительный "резерв" категории лиц с деменцией. В среднем за один год доля больных деменцией пополняется на 10% за счет лиц, страдающих ЛКР.

В начале 90х обсуждалось внедрение термина для характеристики проблем с памятью у людей позднего возраста, было введено понятие "ассоциированного с возрастом нарушении памяти", что включает в себя снижение тестовых показателей памяти, отсутствие деменции и расстройств, сохранное интеллектуальное функционирование при проявлении легких форм депрессии у пожилых людей. В настоящее время данная категория используется значительно реже.

На данный момент можно встретить ряд терминов, имеющих отношение к феномену ЛКР: "минимальные когнитивные повреждения", "мнестические нарушения", "сомнительная деменция", "ассоциированный с возрастом когнитивный дефицит", "когнитивное снижение, связанное с возрастом", "когнитивное повреждение без деменции" и др.

Существует несколько критериев определенного типа ЛКР:

• жалобы на ухудшение памяти;

• отсутствие деменции.

• сохранный уровень общего когнитивного функционирования;

• сохранный уровень ежедневной бытовой активности;

• объективное подтверждение расстройств памяти на основании оценки по соответствующим тестам с учетом коррекции на возраст и полученное образование;

Наличие нарушений белого мозгового вещества у людей старше 60 лет являются обыденным явлением, особенно при наличии у них сопутствующих цереброваскулярных заболеваний или их факторов риска.

Существует большое количество данных о связи нарушений белого мозгового вещества с когнитивными изменениями, особенно при большой выраженности структурной повреждении мозговых тканей. При данных мозговых нарушениях наблюдается дефекты памяти, речи, зрительного осязания, сенсорных показателей, состояний заторможенности и изменений двигательной активности.

Депрессия и изменения протекающие в мозговых процессах, нарушение деятельности мозга, напрямую взаимодействуют между собой. У пожилых людей значительно чаще регистрируются нарушения мозговых тканей и вытекающие из них психофизические процессы (возникновение нарушений двигательного аппарата, депрессия, быстрая утомляемость, низкая двигательная активность). Легкое депрессивное расстройство вполне может стать причиной когнитивного расстройства и деменции, если имеет хронический характер.

На данный момент невозможно провести жесткую границу между дегенеративными и сосудистыми процессами в головном мозге у пожилых людей, приводящими к формированию дефицита познавательных функций. Деменция и болезнь Альцгеймера может быть диагностированы, попытка ограничиться лишь этими двумя крайностями в классификации деменции приведет к упрощению взглядов на эту патологию у большинства пожилых людей, наблюдаемых в реальной клинической практике.

Ряд приведенных ниже фактов подчеркивает "взаимопроникновение" дегенеративных и сосудистых патофизиологических механизмов развития когнитивных нарушений во второй половине жизни, установленных на модели болезни Альцгеймера и сосудистой деменции. Так, при болезни Альцгеймера:

• присутствие характерных сосудистых изменений на аутопсии мозга большинства больных БА и при нейровизуализационных исследованиях.

• наличие этих морфологических признаков у когнитивно сохранных пожилых людей;

Перивентрикулярные повреждения белого вещества отмечаются почти у 60% больных БА. Большие зоны инфарктов, микроинфарктов, лакуны, инфаркты белого вещества могут быть выявлены приблизительно у 1/3 и более больных БА.

В свою очередь, сосудистый фактор:

• может напрямую влиять на развитие нейропатологии, характерной для БА, либо приводить к атеросклерозу, нарушениям мозговой перфузии, метаболизма и дисункции нейронов. Сосудистый фактор ответственен за цереброваскулярную патологию, обусловленную мелкими и крупными сосудами и инфарктами. В результате суммирование различных типов повреждений, инсультов, даже с минимальными или вовсе отсутствующими клиническими проявлениями (т.е. немые инфаркты) приводит к прогрессированию когнитивного снижения у лиц, страдающих БА, и проявлению синдрома деменции. Показано, в частности, что наличие лакун в головном мозге повышает риск клинических проявлений деменции при БА более чем в 20 раз, т.е. цереброваскулярные заболевания способствуют "проявлению" болезни Альцгеймера, особенно в старческом возрасте;

Следовательно, на современном уровне представлений можно говорить о ряде общих биологических механизмов, ответственных за формирование когнитивного дефицита у лиц пожилого возраста и структурные повреждения мозга при развитии деменций сосудистого генеза.

Среди них показана роль:

• дефицита нейромедиаторов;

• токсических эффектов глутамата;

• патологической активации клеток микроглии и астроцитов, что приводит к воспалительным и пролиферативным процессам, активации оксидантного стресса;

• ослабление тканевых механизмов нейропротекции (снижение продукции фактора роста нервов (NGF), нейротропного фактора мозга и т.д.).

Следовательно, существует несколько принципиальных биологических механизмов, ответственных за развитие когнитивного снижения и деменции в пожилом возрасте.

Повреждение холинергических нейронов базальных ядер переднего мозга за счет отложения амилоида совпадает с первыми клиническими едва уловимыми признаками нарушений памяти. Впоследствие их дисфункция прогрессивно распространяется на другие отделы мозга за счет их проективных связей с гиппокампом, миндалиной, корковыми отделами, что соответствует диагностически выраженной деменции, утрате функциональной независимости субъекта.

Холинергическая теория постулирует, что нарушения памяти и сопутствующих когнитивных процессов связано с поражением холинергической системы мозга. Следствием этого является дефицит холинергической нейротрансмиссии. Ацетилхолин (АХ) синтезируется в холинергических нейронах их двух субстратов - холина и ацетилкоэнзима А. Источником холина является пища, а также он поступает из межклеточного пространства. Ацетилкоэнзим А формируется в митохондриях нейрона при метаболизме глюкозы. Под влиянием холинацетилтрансферазы из холина и ацетилкоэнзима А образуется АХ. Действие АХ прекращается под влиянием одного из двух ферментов - ацетилхолинэстеразы (АХЭ) и бутирилхолинэстеразы (БХЭ). Различия АХЭ и БХЭ определяются их различным генетическим происхождением, различным распределением в тканях организма и разным влиянием на субстрат. АХЭ присутствует прежде всего в холинэргических нейронах (а также в кишечнике, скелетных мышцах, клетках красной крови, лимфоцитах и плаценте). БХЭ также находится и в мозговой ткани, прежде всего в ее глиальном компоненте (а также в кишечнике, плазме, скелетных мышцах, плаценте и печени). БХЭ может также присутствовать и в амилоидных бляшках.

Глутаматэргическая гипотеза когнитивного дефицита объясняет механизмы нейрональной дегенерации с позиции механизмов эксайтотоксичности. Избыточное отложение β-амилоида приводит к образованию цитотоксических субстанций. Индукция нейротоксических воспалительных реакций, активация микроглии и астроцитов, высвобождение цитокинов и свободных радикалов приводит к образованию токсичных нейрофиблиллярных тяжей внутри нейрона (за счет гиперфосфориляции тау-протеина). В дополнение к этому амилоидные бляшки способствуют чрезмерному высвобождению глутамата в синапсах, вызывая гиперактивацию глутаматных рецепторов и последующую гибель нейрона. Экспериментальные данные предполагают, что повышение активности постсинаптических NMDA-рецепторов может способствовать усилению фосфорилирования тау-протеина в микротубулах нейронов, способствуя дополнительному формированию нейрофибриллярных тяжей.

Таким образом, по-видимому, смешанные механизмы патогенеза определяют подавляющее количество клинических случаев когнитивного дефицита и деменции с учетом взаимовлияния процессов образования бета-амилоида и нейрофибриллярных клубков (ключевой патоморфологический субстрат болезни Альцгеймера) и нарушений сосудистой перфузии головного мозга. Систематический обзор литературы свидетельствует, что профилактика и лечение факторов кардиоваскулярного риска уменьшает и замедляет темпы прогрессирования смешанной деменции. Поэтому терапевтические вмешательства при легком когнитивном расстройстве должны предусматривать возможность влияния на максимально широкий спектр 8ми биопсихосоциальных причин с учетом доказанной эффективности терапевтического эффекта используемых методов / препаратов.

Основная задача психолога дать человеку правильный стимул для установления позитивного отношения ко всему, что его окружает, сохраняя при этом серьезность в необходимых жизненных ситуациях.

Пациентам позднего возраста страдающие депрессивными расстройствами часто предлагают пройти психотерапевтические методы лечения. При большом депрессивном расстройстве комбинация антидепрессантов и психотерапии более эффективна, чем каждый из этих методов в отдельности, особенно в предотвращении рецидивов заболевания. Для профилактики лечения, используются практически все антидепрессанты, из лекарственных препаратов включающие трициклические и четырехциклические антидепрессанты, а также антидепрессанты "нового поколения" - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и обратимые ингибиторы МАО-А. Человеку позднего возраста обязательно стоит помнить о возможных побочных эффектах оказывающих антидепрессантами в индивидуальных случаях. Коррекция терапии путем изменения доз, замены препаратов и изменения общего режима лечения. Из психотерапевтических методик используется когнитивно-поведенческая терапия и межличностная психотерапия.

Зарегистрировано уже доминирующее количество случаев благоприятного исхода и результатов данной методики лечения депрессии у больных пожилого возраста.

У людей позднего возраста депрессии распространены, это более тринадцати с половиной процентов населения определенного возраста. Социальные ограничения и инвалидность считаются важными детерминантами при распространенности заболевания. Депрессивные состояния возникают как сопровождение ряда соматических заболеваний хронического течения, в том числе, и сердечных. При диагностике, учитывается вероятность наличия патологий и деменции, а также врач собирает анамнез и проводит психологическую терапевтическую помощь.

У людей позднего возраста диагностируется сосудистая депрессия, клиническими признаками данного подтипа является психомоторная заторможенность при плохой исполнительной активности. Мышление в данном случае менее депрессивное. Этот подтип депрессии основан на изменениях в белом веществе, вызванных ишемией. В данном случае лечение антидепрессантами не дает эффекта и лечение осуществляется посредством судорожной электротерапии.

На данный момент распространенными являются следующие способы борьбы с депрессией:

психотерапевтическое лечение,

медикаментозное лечение,

электрошоковая терапия,

средства народной медицины.

Лечение больных посредством судорожной электротерапии вызывает сомнения в своей эффективности и гуманности. Народные методы практически не дают весомого результата. Результат проявляется в результате лечения антидепрессантами, что дает стойкий и положительный эффект и психологическими методами воздействия, в частности созданием благоприятного психологического климата. Избавиться от любого заболевания возможно только путем устранения предпосылок его возникновения. В связи с этим, одним из самых действенных является психотерапевтический метод лечения депрессии.

К традиционным направлениям практической психотерапии относятся:

Поведенческая психотерапия. Данный метод основан на изменении своих психологических установок и модели своего поведения на адекватные и эффективные. Метод призван научить управлять собой в той или иной ситуации.

Когнитивная психотерапия. Убеждения, мысли (когниции) и восприятие в какой-то степенью являются доминантой направления деятельности, и моделирует психологическое поведение. Неправильная интерпретация событий, которая расходится с реальной, приводит к возникновению психических патологий. Целью когнитивной психотерапии является научиться правильно, интерпретировать события, а также выявлять негативные, дисфункциональные мысли и установки и замещать их на позитивные. Изменив свои ошибочные суждения на новые формы мышления, вы избавляетесь от эмоциональных расстройств.

Экзистенциальная психотерапия. Данный метод основан на утверждении, что каждый человек - хозяин своей жизни и только в его силах, своими активными действиями изменить характер течения своей жизни. Метод помогает развить в себе способности действовать, принимать решения. Учит использовать все возможности, делать правильный выбор и жить полноценной и насыщенной жизнью.

Телесно-ориентированная психотерапия. Метод основан на взаимосвязи телесных ощущений с психологическими проявлениями. Если человек чувствует боль, то возникает определенная специфика эмоционального проявления поведенческих особенностей. Агрессия, угрюмость, депрессия, пониженная активность и.т.д. Обратный эффект дает противоположный результат.

Психоанализ. Корни проявления депрессии зачастую кроются в бессознательном. Данный метод позволяет провести самоанализ посредством заново пережитых ранних событий и их анализе. Результатом становится катарсис - полное освобождение от негативного влияния неразрешенных ранее проблем.

Позитивная психотерапия. Метод заключается в рассмотрении своих психологических проблем под другим углом, видя в них позитивный смысл. Психолог поможет переработать проблемы и построить с помощью визуализации и моделирования новый образ вашей жизни - покажет, как изменения благотворно скажутся на всех ее сферах.

Существует большое количество способов и методов лечения депрессии позднего возраста, но стоит помнить, что используются все они в зависимости от индивидуальных характеристик больного и ситуации.

.2 Исследования когнитивной сферы при нормальном и патологическом старении

Старость - этот тот факт, с которым сталкивается абсолютно каждый человек в своей жизни. И для человека преодолевшего барьер неопытности проявившейся в его молодости и уже получивший жизненный опыт, очень тяжело осознавать свою беспомощность в отношении активного воплощения в жизнь своего понимания и своего отношения к окружающей действительности. Переходный этап между молодостью и старостью имеет очень сильно отягощающий характер в отношении понимания действительности, проявляется беспомощность, ненависть, страх и негодование связанной с ложной картиной понимания естественного хода событий. Эти чувства при взаимодействии друг с другом и являются причиной возникновения депрессии в позднем возрасте.

Психологи в противовес естественного для пожилого человека пессимизму утверждают, что существует 9 типов новообразований характерных для людей пожилого возраста:

) Чувство общности с людьми, имеющими похожие проблемы.

) Принадлежность к группе или группам.

) Личностный комфорт в общении с окружающими людьми, основывающийся на приобретенном опыте.

) Мужество осознания собственного беспомощного положения и принятие того факта, что то пришло время когда ты уже не первый.

) Вера в то, что в каждом человеке есть что-то хорошее.

) Поиск смысла в жизни и новых увлечений не препятствующие отягощающему положению.

) Ощущение себя как часть окружающего мира и человечества.

) Осознание окружающего мира своим домом.

) Принятие своей собственной судьбы как данность и естественный ход событий.

В противовес чувству осознания собственной беспомощности и непригодности ни для чего многие люди пожилого возраста продолжают трудиться, принося пользу для себя и общества. Данное отношение к жизни говорит о мужестве пожилого человека и характеризует его исключительно с положительной стороны. Средняя продолжительность жизни современного человека значительно выше, чем у его предков, и это означает, что пожилой и старческий возраст превращается в самостоятельный и достаточно продолжительный период жизни со своими социальными и психологическими особенностями. Стоит помнить, что опыт и мудрость всегда остаются привилегией времени и они свойственны для взрослых и пожилых.

Традиционно выделяют три градации периода старения (геронтогенеза): пожилой возраст (для мужчин - 60-74 года, для женщин - 55-74 года), старческий возраст (75-90 лет) и долгожители (90 лет и старше).

Современные исследования показывают, что текущий процесс старения замедляется и человек, достигший преклонного, по сравнению с прошлыми десятилетиями возраста, остается физиологически молодым и активным. Тем самым он вполне может входить в когорту взрослых и являться со всех характеризующих его точек зрения молодым.

Старение - это неизбежный генетический процесс, сопровождающийся определенными изменениями организма. Изменению подвергаются все органы без исключения. В процессе старения организм ослабевает, теряет способность к правильному функционированию, активности, сопротивляемости вирусным инфекциям, естественному генетически запрограммированному разрушению. Нервную и физиологическую нагрузку, с которой организм справлялся ранее, выдержать становится невозможным. Ослабевает двигательная функция организма. Восстановительный процесс замедляется. Органы теряют свою правильную функциональность. Появляется дисфункция опорно-двигательного аппарата. Суставы затвердевают. Грудная клетка перестает правильно функционировать и так же затвердевает, что приводит к осложнениям дыхательных путей и самого дыхательного процесса и.т.д. При возникновении столь сложных осложнений в организме, не удивительно и возникновение чувства депрессии позднего возраста.

Многие показатели исследований показывают наличие пагубных изменений происходящих в организме человека в процессе инволюции, они затрагивают либо обширные области, либо в процессе старения весь организм. Но, тем не менее, ученым известно, что старение это очень сложный и противоречивый процесс и в некоторых случаях зарегистрировано не только снижение активности, но и её усиление. В хронологический период от 60 до 65 лет процесс старения имеет достаточно относительный характер. Порой наблюдается улучшение функционирования одних систем и ускоренная, происходящая разными темпами, инволюция других. Более длительное время сохраняются те функции, которые влияют на общий процесс активности жизненных структур организма.

Изменения, протекающие в организме, имеют исключительно индивидуальный характер. В процессе старения наблюдается как психическое, так и непсихическое развитие организма.

Количественные изменения и качественная перестройка биологических структур определяют противоречивый характер процесса старения. В организме развивается способность к адаптации, активизируются различные системы организма, что сохраняет его жизнедеятельность, позволяет преодолевать деструктивные (разрушительные, отрицательные) явления старения.

После завершения репродуктивного периода проявляются различные пути повышения биологической активности различных структур организма, которые обеспечивают его работоспособность в целом. Сознательный контроль протекания психологических процессов препятствует возникновению депрессии в более позднем возрасте. Сознательный контроль фиксируется на основе речевых и мыслительных процессов.

Мыслительные и речевые процессы человека пожилого возраста рассматриваются исключительно индивидуально и зависят от накопленного в процессе жизни опыта и биологического резерва. Изменения в период геронтогенеза зависят от степени зрелости конкретного человека как личности и субъекта деятельности. Способность человека к противодействию геронтогенеза зависят от уровня образования, физической силы и активности, рода занятий, степени интеллектуальной зрелости и всех остальных факторов в совокупности. Так же имеет значение творческий индивидуальный потенциал человека и желание к трудовой (умственной или физической) деятельности. На данный момент имеются данные о большом количестве людей пожилого возраста и даже старческого, проявляющие свой трудовой потенциал в различных сферах деятельности. Легкие депрессивные расстройства имеют место в 10 раз чаще тяжелых форм депрессивного расстройства, требующих стационарного клинического лечения. Поздний возраст является пиковым в отношении проявления депрессивных расстройств. Известно, что многие люди более позднего возраста не попадают в психиатрические больницы не только потому, что избегают посещения психиатра. Нередко это происходит вследствие бытующего "эйджиизма" во взглядах части медицинских работников, которые привычно относят психические симптомы к проявлениям либо необратимых возрастных изменений, либо соматических заболеваний.

Пожилые люди более склонны к возникновению и проявлению различных признаков депрессивного расстройства. У людей позднего возраста наиболее часто замечались лабильность, эмоциональная раздражительность, угрюмость и реже - тоска. Для пожилых людей более свойственны идеи ущербности и обнищания, реже наблюдаются признаки самообвинения и малоценности, но наиболее чаще проявления депрессии - ипохандрические. Гораздо чаще процесс протекания депрессии протекает с ажитацией и проявлению заторможенности. Наблюдались случаи меланхолического протекания депрессии (МДП) у людей 70 летнего возраста. В позднем возрасте процесс лечения депрессии более проблематичен, так как имеет затяжной и хронический характер.

2. Эмпирическое исследование когнитивных процессов больных с депрессиями в позднем возрасте

2.1 Цели и задачи исследования

Объект исследования: Характеристики когнитивных процессов в позднем онтогенезе.

Цель работы: Определение особенностей познавательных процессов при нормальном старении и при депрессиях в позднем возрасте

Предмет исследования: Психологические особенности познавательных процессов при расстройствах депрессивного спектра в позднем возрасте и их особенности при нормальном старении.

Задачи:

. Анализ статистических данных о возрастных особенностях когнитивных процессов при нормальном старении и при расстройствах депрессивного характера, у людей в позднем возрасте.

. Обследование психически здоровых лиц для последующего анализа и рассмотрения когнитивных особенностей при стабильно протекающих возрастных изменениях.

. Рассмотрение статистических результатов проведенного обследования.

. Сравнительное исследование особенностей когнитивных функций и их зависимость с параметрами возрастных изменений в двух группах испытуемых: больных депрессивными расстройствами позднего возраста и здоровых испытуемых.

Гипотезы:

) Степень выраженности снижения познавательных функций будет у больных депрессиями более выражена, чем у психически здоровых испытуемых, причем различия будут статистически значимыми.

) Показатели отдельных функций познавательных процессов у больных депрессиями и у психически здоровых испытуемых будут одинаковы.

) И при нормальном, и при патологическом старении происходит равномерное снижение всех исследуемых параметров когнитивных процессов.

.2 Методики эмпирического исследования

Для исследования изменения когнитивных процессов, протекающих в организме человека позднего возраста, были использованы психологические методики, направленные на исследование зрительного, тактильного, акустического гнозиса, слухоречевой и зрительной памяти, мышления и произвольного внимания.

Для анализа мнестико-интеллектуальной сферы в позднем возрасте была использована специальная экспресс-методика разработанная в НЦПЗ РАМН Корсаковой Н.К., Балашовой Е.Ю. Эта методика позволяет выявить не только нарушенные, но и сохранные звенья психических процессов, определить степень общего когнитивного снижения, увидеть компенсаторные механизмы, использование которых является важным критерием разграничения нормального и патологического старения [Балашова, 1995; Корсакова и др., 2003].

Для исследования лиц пожилого и старческого возраста применялся специально адаптированный комплекс нейропсихологических методик.

. Для исследования процессов вербального мышления в операциональном, дискурсивном и динамическом аспектах использовались пробы (2, 5, 8 таблицы №1): серийное вычитание "от 100 по 7" (5 операций).

Решение арифметической задачи ("Хозяйка за 5 дней тратит 20 литров молока. Сколько литров молока она тратит за неделю?"). Условия арифметической задачи предъявлялись на слух.

Выбор утверждения, соответствующего смыслу пословицы "Не в свои сани не садись", из четырех предложенных вариантов: 1) Зимой ездят на санях, а летом - на телеге. 2) Не знаешь дела - не берись за него. 3) Если уж поехал куда-нибудь, то с полдороги возвращаться поздно. 3) Не всегда то, что кажется хорошим, действительно хорошо. Испытуемым предъявлялись бланки с вопросами и вариантами ответов, нужно было подчеркнуть выбранный вариант.

. Для исследования слухоречевой памяти использовались пробы (1, 3, 6, 7 таблицы №1): "запоминание 9 слов" (Рыба Печать Дрова Рука Дым Ком Звезда Нитка Песок). "Заучивание 10 слов" (Море Сено Труба Лампа Тень Волк Совок Нога Хлеб Шар) не более пяти предъявлений. Слова предъявлялись однократно запоминание порядка не требовалось.

Проба "Актуализация упроченных в прошлом опыте знаний" (3 вопроса)

) Кто был руководителем СССР, когда полетел в космос Юрий Гагарин? (Варианты ответа: Брежнев, Хрущев, Горбачев);

) Кто написал "Горе от ума"? (Варианты ответа: Пушкин, Лермонтов, Грибоедов);

) Кто командовал русской армией в Бородинском сражении? (Варианты ответа: Кутузов, Багратион, Суворов).

Испытуемым предъявлялись бланки с вопросами и вариантами ответов; нужно было подчеркнуть выбранный вариант.

Эти пробы позволяют оценить скорость и объем запоминания материала с разной степенью смысловой организации, а также прочность его сохранения в памяти.

. Для исследования оптико-пространственного восприятия использовалась методика Расстановка стрелок на часах без циферблата (25 мин. 8-го).

. Для исследования расстройств переключения внимания использовались "таблицы Шульте".

В таблице №1 представлены названия заданий, последовательность их предъявления и правила оценки выполнения заданий в баллах.

Таблица 1:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N | Задание | Правила выставления баллов |
| 1 | Запоминание 9 слов | Воспроизведено верно: 7-9 слов - 0 баллов 5-6 слов - 1 балл 3-4 слова - 2 балла 2 или менее слов - 3 балла |
| 2 | Серийное вычитание "от 100 по 7" (5 операций) | Без ошибок выполнены: 5 операций - 0 баллов 4 операции - 1 балл 3 операции - 2 балла 2 операции - 3 балла 1 операция - 4 балла 0 операций - 5 баллов |
| 3 | Отсроченное воспроизведение 9 слов (см. задание 1) | Воспроизведены: Все слова, заученные в задании 1 - 0 баллов Более половины слов - 1 балл Менее половины слов - 2 балла Ни одного слова - 3 балла |
| 4 | Расстановка стрелок на часах без циферблата (25 мин. 8-го) | Правильное выполнение - 0 баллов Расстановка цифр на циферблате - 1 балл Незначительные неточности (ошибки "на шаг" + 5 минут, + 1 час или обе стрелки одинаковы по размеру) - 2 балла "Зеркальные" ошибки - 3 балла Ставится только одна стрелка - 4 балла Выполнение недоступно - 5 баллов |
| 5 | Решение арифметической задачи ("Хозяйка за 5 дней тратит20 литров молока. Сколько литров молока она тратит за неделю?") | Правильное решение - 0 баллов Испытуемый не может самостоятельно повторить условия задачи, но после повторного предъявления правильно решает задачу - 1 балл Задача начинает решаться правильно, но решение не доводится до конца - 2 балла Персевераторные действия - 3 балла Случайные импульсивные ответы - 4 балла Решение недоступно - 5 баллов |
| 6 | Заучивание 10 слов (не более 5 предъявлений) | Все слова заучены: за 3 предъявления - 0 баллов за 4 предъявления - 1 балл за 5 предъявлений - 2 балла Слова не удалось заучить за 5 предъявлений - 3 балла |
| 7 | Актуализация упроченных в прошлом опыте знаний (3 вопроса) | Правильный ответ на: 3 вопроса - 0 баллов 2 вопроса - 1 балл 1 вопрос - 2 балла Ни одного правильного ответа - 3 балла |
| 8 | Выбор утверждения, соответствующего смыслу пословицы "Не в свои сани не садись", из четырех предложенных вариантов | Выбор: 2-го варианта - 0 баллов 1-го варианта - 1 балл 3-го или 4-го варианта - 2 балла Невозможность выбора - 3 балла |
| 9 | Таблицы Шульте | Сравнивается средний показатель выполнения задания: 25 сек. и менее - 0 баллов 26-30 сек. - 1 балл 31-35 сек. - 2 балла 36-40 сек. - 3 балла 41 сек. и более - 4 балла Так же фиксируется время нахождения от 1 до 5 цифры, от 6 до 10, от 11 до 15, от 16 до 20, от 21 до 25 цифры. По среднему показателю выполнения каждого промежутка выводится кривая утомляемости в контрольной и экспериментальной группах. |

.3 Характеристика испытуемых

В соответствии с целями и задачами исследования в нем принимало участие 2 группы испытуемых. В качестве контрольной группы были исследованы психически здоровые испытуемые пожилого и старческого возраста, в качестве экспериментальной группы - больные депрессиями.

Экспериментальная группа:

В исследовании приняли участие 24 пациента, 6 и 8 отделений клиники ФГБУ "НЦПЗ" РАМН: Возраст испытуемых варьировал от 50 до 84 лет (средний возраст в обследованной выборке около 66 лет). В представленной выборке было 5 мужчин и 19 женщин. Среди больных 17 имели высшее образование, 7 среднее или среднее специальное.

Более подробные данные о каждом из испытуемых экспериментальной группы приведены в Таблице 2.

Таблица 2. Характеристика испытуемых экспериментальной группы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | Возраст | Пол | Образование | Диагноз |
| 1 | Э.П.С. | 73 | ж | высшее | БАР, тревожно-ипохондрическая депрессия с соматизироаннымирасстройстами |
| 2 | Е.Н.М. | 72 | ж | высшее | РДР, затяжная апатическо-тоскливая депрессия |
| 3 | А.Ф.К. | 60 | м | высшее | Реактиноспровоцироанный депрессивный эпизод. Неглубокая апатическая депрессия с тревогой и реактивно окрашенными переживаниями |
| 4 | Ц.Л.А. | 63 | ж | высшее | Затяжной депрессивный эпизод, ипохондрическое разитие личности |
| 5 | Ж.Н.В. | 60 | ж | высшее | Реакция утраты |
| 6 | С.Л.В. | 58 | ж | среднее | РДР, тревожно-ипохондрическая депрессия |
| 7 | Б.Н.А. | 78 | ж | высшее | РДР, тревожно-ипохондрическая депрессия с хронификацией |
| 8 | К. В.П. | 55 | ж | высшее | Ипохондрическое разитие личности |
| 9 | Б.А.Н. | 57 | м | среднее | РДР, неглубокая апато-адинамическая депрессия с комплексом психосоматических нарушений |
| 10 | Д.С.Ф. | 73 | ж | высшее | РДР, тревожно-адинамическая депрессия средней тяжести |
| 11 | К.Л.П. | 61 | ж | высшее | РДР |
| 12 | К.Л.М. | 57 | ж | сред.спец | РДР, сенесто-ипохондрическая депрессия |
| 13 | А.Н.Ю | 51 | ж | высшее | БАР, затяжная депрессия |
| 14 | М.А.С. | 67 | м | высшее | РДР, неглубокая тревожная депрессия |
| 15 | Н.И.П. | 50 | ж | сред.спец | Затяжная сенесто-ипохондрическая депрессия |
| 16 | Р.Л.А. | 75 | ж | высшее | БАР, апато-адинамическая депрессия |
| 17 | К.О.С. | 53 | ж | сред.спец. | Эндореактивная депрессия с тоскливостью, выраженной тревогой |
| 18 | Ф.М.К. | 75 | ж | среднее | Депрессивный эпизод. Апато-адинамическая депрессия с тревожным компонентом |
| 19 | К.А.И. | 70 | ж | среднее | РДР, апато-адинамическая депрессия |
| 20 | Р. З.Ф. | 70 | ж | высшее | РДР, повторная тоскливо-адинамическая депрессия с идеями самообвинения |
| 21 | К.Ю.М. | 72 | м | высшее | БАР, треожно-адинамическая депрессия с ялениямигиперентиляции и ипохондрическими фобиями |
| 22 | Б.Е.Н. | 84 | м | высшее | Затяжная апато-адинамическая депрессия |
| 23 | К.Н.П. | 72 | ж | высшее | БАР, адинамическая депрессия |
| 24 | Б.А.А. | 74 | ж | высшее | РДР, апато-адинамическая депрессия |

РДР - реккурентное депрессивное расстройствоб БАР - биполярное аффективное расстройство

Контрольная группа: Так же было обследовано 24 психически здоровых испытуемых пожилого и старческого возраста. Возраст испытуемых варьировал от 50 до 85 лет (средний возраст в обследованной выборке составил 69 лет). В представленной выборке было 5 мужчин и 19 женщин. Среди испытуемых 12 имели высшее образование, 12 - среднее или среднее специальное.

Таблица 3. Характеристика испытуемых контрольной группы (норма)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | Возраст | Пол | Образование |
| 1 | В.В. | 66 | мужской | высшее |
| 2 | О.П. | 65 | женский | высшее |
| 3 | О.Н. | 62 | женский | высшее |
| 4 | Д.П. | 83 | женский | высшее |
| 5 | Н.Б. | 79 | женский | среднее |
| 6 | З.Ив. | 85 | женский | сред.спец. |
| 7 | В.К. | 51 | мужской | среднее |
| 8 | Н.Ив. | 50 | женский | высшее |
| 9 | К.С. | 72 | мужской | сред.спец |
| 10 | В.Н. | 71 | женский | среднее |
| 11 | Н.Ал. | 84 | женский | высшее |
| 12 | С.М. | 80 | мужской | сред.спец |
| 13 | Ан.Ив. | 66 | женский | среднее |
| 14 | Ив.Геор. | 68 | мужской | высшее |
| 15 | Ек.Ив. | 84 | женский | сред.спец |
| 16 | Люд.Ив. | 60 | женский | высшее |
| 17 | Лид.Ив. | 74 | женский | высшее |
| 18 | Н.К. | 69 | женский | среднее |
| 19 | Н.Н. | 70 | женский | сред.спец |
| 20 | Ев.Ал. | 66 | женский | высшее |
| 21 | Ан.Ал. | 74 | женский | среднее |
| 22 | М.В. | 68 | женский | высшее |
| 23 | Ф.М. | 59 | женский | сред.спец |
| 24 | Ир.Ан. | 50 | женский | высшее |

.4 Результаты исследования

. Исследование мыслительной деятельности.

Была проведена количественная обработка полученных результатов, по методикам исследования мыслительной деятельности (задания №2, №5, №8). Показатели экспериментальной и контрольной групп приведены в таблицах №4 и №5.

Таблица №4: Шкала баллов по методикам исследования мыслительной деятельности в экспериментальной группе.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Задание №2 | Задание №5 | Задание №8 |
| 1 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 0 | 1 | 0 |
| 3 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | 1 | 0 | 0 |
| 5 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | 1 | 1 | 1 |
| 7 | 1 | 0 | 0 |
| 8 | 1 | 1 | 0 |
| 9 | 2 | 1 | 0 |
| 10 | 0 | 1 | 1 |
| 11 | 1 | 0 | 1 |
| 12 | 0 | 0 | 0 |
| 13 | 1 | 0 | 0 |
| 14 | 1 | 1 | 0 |
| 15 | 1 | 0 | 0 |
| 16 | 0 | 0 | 0 |
| 17 | 1 | 1 | 1 |
| 18 | 0 | 0 | 0 |
| 19 | 2 | 1 | 0 |
| 20 | 1 | 1 | 1 |
| 21 | 2 | 1 | 0 |
| 22 | 0 | 1 | 0 |
| 23 | 1 | 1 | 0 |
| 24 | 1 | 1 | 0 |
| Средний балл | 18/24= 0,75 | 12/24= 0,5 | 5/24= 0,2 |

Таблица №5: Шкала баллов по методикам исследования мыслительной деятельности в контрольной группе.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Задание №2 | Задание №5 | Задание №8 |
| 1 | 1 | 0 | 0 |
| 2 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | 1 | 0 | 0 |
| 6 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | 1 | 1 | 0 |
| 10 | 0 | 0 | 0 |
| 11 | 1 | 0 | 0 |
| 12 | 0 | 0 | 1 |
| 13 | 0 | 1 | 0 |
| 14 | 0 | 0 | 0 |
| 15 | 0 | 0 | 0 |
| 16 | 0 | 0 | 0 |
| 17 | 1 | 1 | 1 |
| 18 | 0 | 0 | 0 |
| 19 | 1 | 0 | 0 |
| 20 | 1 | 0 | 0 |
| 21 | 0 | 0 | 0 |
| 22 | 0 | 0 | 0 |
| 23 | 0 | 0 | 0 |
| 24 | 0 | 0 | 0 |
| Средний балл | 7/24=0,3 | 3/24=0,1 | 2/24=0,1 |

Сравнение показателей средних результатов по методикам исследования процессов вербального мышления показывает, что лица позднего возраста, больные депрессиями в целом имеют показатели ниже, чем в контрольной группе, хотя разница этих показателей статистически не значима. Более заметна разница показателей дискурсивного мышления - у лиц с депрессиями этот процесс более затруднен. Анализ ошибок говорит о нарушениях контроля программирования в мнестической сфере. Касательно вербально-логического мышления показатели в группах практически одинаковые.

. Исследование памяти.

Проведенная количественная обработка позволила определить средний балл у двух групп испытуемых: контрольной и клинической. Эти данные представлены в таблицах №6 и №7.

Таблица 6: Шкала баллов по методикам исследования памяти в экспериментальной группе.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Задание №1 | Задание №3 | Задание №6 | Задание №7 |
| 1 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| 2 | 2 | 2 | 1 | 0 |
| 3 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| 4 | 1 | 2 | 1 | 0 |
| 5 | 1 | 2 | 1 | 0 |
| 6 | 2 | 2 | 2 | 0 |
| 7 | 2 | 2 | 1 | 0 |
| 8 | 2 | 2 | 2 | 0 |
| 9 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 11 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 12 | 2 | 1 | 2 | 0 |
| 13 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 14 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| 15 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 16 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 17 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 18 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 19 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 20 | 1 | 1 | 3 | 0 |
| 21 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| 22 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 23 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| 24 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| Средний балл | 23/24= 0,95 | 29/24= 1,2 | 35/24= 1,45 | 3/24= 0,1 |

В исследовании слухо-речевой памяти так же было обращено внимание на колличественную разницу среднего балла, между непосредственным запоминанием (задание №1) и отсроченным запоминанием (задание №3). В экспериментальной группе этот показатель 0,25 балла, в контрольной группе - 0,35 балла.

Таблица 7: Шкала баллов по методикам исследования памяти в контрольной группе.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №Задание №1Задание №3Задание №6Задание №7 |  |  |  |  |
| 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 2 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 3 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 4 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 6 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 7 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 8 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 9 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 11 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 12 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 13 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 14 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 15 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 16 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 17 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 18 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 19 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 20 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 21 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 22 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 23 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 24 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Средний балл | 8/24= 0,35 | 17/24= 0,7 | 7/24= 0,3 | 1/24= 0,05 |

В целом у психически здоровых испытуемых общая сумма баллов несколько меньше, чем у больных депрессиями. Это говорит о том, что некоторые параметры процесса запоминания и воспроизведения при депрессиях снижаются, но разница с нормой не достигает статистической значимости (0.74). Сравнение результатов по отдельным пунктам шкалы также не выявляет статистически значимых различий.

Следует отметить, что больные депрессиями набрали большее количество баллов, чем контрольная группа по заданиям №1, №3, №6.

При этом количественная разница между непосредственным запоминанием (задание №1) и отсроченным (задание №3) в экспериментальной группе ниже, чем в контрольной, но статистической значимости этот показатель так же не достигает.

Показатели общей памяти на прошлые события и актуализации, упроченных в прошлом опыте знаний (задание №7) практически не отличаются в экспериментальной и контрольной группах.

. Исследование восприятия и внимания.

Наибольшие различия в баллах, между экспериментальной и контрольной группами были выявлены в заданиях №4 и №9, которые представлены в таблице №8.

Таблица 8: Шкала баллов по методикам исследования восприятия и внимания в экспериментальной группе.



Таблица 9: Шкала баллов по методикам исследования восприятия и внимания в контрольной группе.



Сравнивая показатели по методике №4 можно увидеть, что существует статистически значимая разница между контрольной и экспериментальными группами, а значит процесс пространственного восприятия у пожилых лиц больными депрессиями затруднен в значительной степени, по сравнению с их здоровыми ровесниками.

Анализ среднего балла в двух группах по методике "Таблицы Шульте" (задание№9) дает возможность говорить о том, что оценки неуклонно возрастают в экспериментальной группе. Различия между показателями устойчивости внимания экспериментальной группы и контрольной группы статистически значимы.

Так же были выведены средние показатели затраченного времени в двух группах на интервалы цифр с 1 по 5, с 6 по 10, с 11 по 15, с 16 по 20, с 21 по 25.

Таблица 10: Показатели среднего времени на равных интервалах, в экспериментальной группе.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Интервалы | 1 - 5 | 6 - 10 | 7 - 15 | 16 - 20 | 21 - 25 |
| Среднее время затраченное на интервал | 5 | 11 | 21 | 26 | 34 |

Таблица 11: Показатели среднего времени на равных интервалах, в контрольной группе.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Интервалы1 - 56 - 107 - 1516 - 2021 - 25 |  |  |  |  |  |
| Среднее время затраченное на интервал | 4 | 10 | 16 | 20 | 24 |

Проведя анализ полученных данных можно сравнить показатели устойчивости внимания у лиц пожилого возраста больных депрессиями и у психически здоровых испытуемых из контрольной группы. Разница видна на рисунке №1.



Из рисунка видно, что уже с середины методики показатели устойчивости внимания у испытуемых экспериментальной группы начинают резко возрастать по сравнению с показателями испытуемых контрольной группы.

.5 Обсуждение результатов

Сравнение степени снижения когнитивных процессов у психически здоровых пожилых испытуемых, и у больных депрессиями не обнаруживает статистически значимых различий.

Несмотря на отсутствие статистически значимых различий, больные депрессиями, как правило, набирают больше баллов по результатам исследования когнитивных процессов, что свидетельствует о более выраженных, по сравнению с нормой, особенностях когнитивной сферы при данном варианте патологического старения.

Сравнивая показатели по методике "Таблицы Шульте" очевидно, что больные депрессиями имеют серьезные затруднения с процессом распределения и устойчивости произвольного внимания, эти особенности более выражены по сравнению с аналогичными показателями психически здоровых испытуемых.

Анализ показателей, полученных в результате исследования особенностей памяти, экспериментальной и контрольной групп продемонстрировал меньше статистически значимых различий. Хотя показатели в обеих группах показывают на затруднения выполнения заданий, направленные на исследование памяти. В многочисленных отечественных и зарубежных работах показано, что при нормальном старении сужается объем непосредственного воспроизведения, снижается скорость заучивания. Кроме того, многие пожилые люди испытывают заметные затруднения при запоминании пространственных характеристик информации. А значит можно говорить о том, что депрессивные состояния в позднем возрасте мало влияют на снижение показателей процесса запоминания и воспроизведения.

Интересно, что полученные в настоящей работе данные о структуре возрастных изменений памяти свидетельствуют о том, что снижение объема запоминания является более выраженным, чем тормозимость следов интерферирующими воздействиями. Этот факт может указывать на своеобразную гетерохронность [Шахматов, 1996] возрастных изменений тех параметров памяти, которые приоритетно связаны с глубинными отделами мозга.

Относительно небольшая разница между группами была выявлена в остальных заданиях №2, №5, №8. Различия средних оценок между группами в этих заданиях составил от 0,1 до 0,4.

Если попытаться охарактеризовать эти задания в целом, то можно сказать, что выполняемая в них деятельность либо относится к мышлению, либо к запоминанию или актуализации из памяти организованного по смыслу материала (т.е. к тем мнестическим задачам, в которых важную роль играет мыслительный компонент). С большой вероятностью эти факты указывают на относительную сохранность параметров деятельности и при поздних депрессиях, и при нормальном старении.

Сравнивая отдельные параметры познавательных процессов при нормальном старении и при депрессиях в позднем возрасте можно заметить, что одни из них остаются относительно в норме, другие имеют сложности функционирования.

Проведенное исследование дает возможность наметить перспективы дальнейшей работы. Было бы интересно оценить корреляционные связи между разными параметрами шкалы, проанализировать индивидуальные различия в паттернах балльных оценок у испытуемых контрольной и клинической групп, рассмотреть зависимость результатов шкалирования у больных депрессиями от степени тяжести и стажа заболевания.

Выводы

1. Сравнение показателей степени выраженности снижения познавательных функций у больных депрессиями выражена более, чем у психически здоровых испытуемых, но различия между показателями статистически не значимы.

2. Сравнительный анализ отдельных функций познавательных процессов у больных депрессиями и у психически здоровых испытуемых имеет одинаковые показатели.

. Проведенное исследование дает возможность сделать вывод о том, что и при нормальном, и при патологическом старении происходит равномерное снижение всех исследуемых параметров познавательных процессов.

. Сравнительный анализ отдельных параметров познавательных процессов дает возможность сделать вывод о том, что и при нормальном старении, и при депрессиях в позднем возрасте одни процессы остаются относительно в норме, другие имеют сложности функционирования.

. Данные, полученные на выборке психически здоровых лиц и больных депрессиями позднего возраста, могут служить моделями в той или иной степени эффективного функционирования познавательных процессов.

Заключение

Используя методы психодиагностики в данной работе были исследованы особенности когнитивных процессов при депрессиях позднего возраста. В целом у психически здоровых испытуемых общая сумма баллов по шкалам оценок проведенных методик исследования когнитивных процессов несколько меньше, чем у больных депрессиями. Это говорит о том, что ухудшение познавательных процессов встречаются у депрессивных больных чаще, чем в норме, что некоторые параметры при депрессиях снижаются, но разница с психически здоровыми испытуемыми не достигает статистической значимости. Данный результат в целом согласуется с литературными источниками, в которых можно найти указания на то, что симптомы когнитивного снижения встречаются лишь у небольшого процента пожилых людей, больных депрессиями. Однако, с другой стороны, разница между группами может быть относительно невелика еще и потому, что ряд показателей познавательных функций снижается и при нормальном (физиологическом) старении. В частности, в геронтонейропсихологии даже выделяется "регуляторный" вариант нормального старения. Отсутствие статистически значимых различий, вероятно, еще может быть связано с тем, что исследованная выборка здоровых испытуемых может быть лишь условно отнесена к психической норме, поскольку не проходила каких-либо медицинских (прежде всего психиатрических и неврологических) обследований. Поэтому нельзя исключить у членов этой выборки наличия отдельных инициальных проявлений мнестико-интеллектуального снижения, в частности, его регуляторных составляющих. Не следует забывать, что норма и патология не являются взаимоисключающими понятиями: у нормального, психически здорового человека должны отсутствовать психопатологические синдромы, но вполне могут встречаться отдельные патологические симптомы (Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цапкин В.Н., 1988).

Список используемой литературы

1. Соколова Е.Т. Общая психотерапия.-М.: Проспект, 2001.-652с.

. Тодд Дж., Богарт А. Основы клинической и консультативной психологии.-М.: Эксмо-Пресс, 2001.-768с.

. Шавердян Г.М. Основы психотерапии.-СПб.:Питер, 2007.-208с.

.Андрей Курпатов "Средство от депрессии" СПб.: Издательский дом "Нева", 2003

.Демьянов Ю. Г. Диагностика психических нарушений: Практикум/ Оформл. обл. А. С. Андреева.-СПб.:МиМ, Респекс, 1999.- 224 с.

.Джеймс МакКаллоу "Лечение хронической депрессии" М.: Речь, 2003

.Кооб О. "Темная ночь души. Пути выхода из депрессии."М.: Добрая книга, 2002

.Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Депрессии в пожилом возрасте // http://www.psychiatry.ru/

.Ю. В. Ковалев, О. Н. Золотухина "Депрессия"М.: НГМА, 2001

. Бек А. Техники когнитивной психотерапии // Московский психиатрический журнал. Спецвыпуск по когнитивной терапии-1996.-№3.-С.40-49.

. Авдеев Д.А. Депрессия - как страсть и как болезнь. М.: Мир, 2002. с. 195.

. Авдеев Д.А., Невярович В.К. Нервность: ее духовные причины и проявления. М.: Мир,1999. с. 252.

. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности. М.: MГУ, 1994. с. 312.

. Блейлер Э. Руководство по психиатрии. Издательство независимой психиатрической ассоциации, 1993. с. 215.

. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедер Я. Мозг, разум, поведение. М.: Мир, 1988. с. 112.

. Васильев И.А., Поплужный В.Л., Тихомиров O.K. Эмоции и мышление. М., MГУ, 1980. с. 415.

. Вейн А.М. Депрессия в неврологической практике. М.: Медицинское информационное агенство, 2002. с.160.

. Вертоградова О.П. Депрессия: психопаталогия, патогенез. М.: MГУ, 1980

. Вилюнас В.К. Перспективы развили психологии эмоций. Сб.: Тенденции развития психологической науки. М,,1989. с. 77.

. Вилюнас В.К, Основные проблемы психологической теории эмоций. Психология эмоций. М.,МГУ, 1984. с. 176.

. Вилюнас В.К. Психология эмоциональных явлений. М., МГУ, 1976. с. 351.

. Волошин В.М. Диагностическое и прогностическое значение соотношения аффективных и идеаторных расстройств при депрессии. Ленинград, автореферат, 1983. с. 17.

. Выготский Л.С. Учение об эмоциях. М.,собр.соч.т.6, 1984

. Данников Н.И. Бессонница, депрессия, невроз. М.: Рипол Классик, 1997. с.240.

. Дельгадо X. Мозг и сознание. М.: Мир, 1971. с. 214.

. Депрессия. Справочник. Сост. В.Д. Сухарева. М.: Мир, 2000. с.214.

. Кемпинский А. Меланхолия. СПб, Наука, 2002. с. 405.

. Ллойд-Джонс М. Духовная депрессия. СПб, Мирт, 2000. с.176.

. Романов И.А. Новое в терапии депрессии. М.: ЧеРо, 2001. с.40.

. Хелл Д. Ландшафт депрессии. М.: Алатейа, 1999. с. 280.