

УДК 616.89-008.454-053.9-08

*О.Н. Голоденко, Т.Л. Ряполова***ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИЕЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: депрессии позднего возраста, биопсихосоциальная модель, семейная терапия, религиозная копинг-стратегия, домашний отпуск, лечебно-трудо-вые мастерские

Актуальность проблемы депрессий позднего возраста определяется масштабами распространения этого заболевания в старших возрастных группах населения. Частота и выраженность проявлений депрессии с возрастом увеличивается [1, 2]. Это связано с влиянием внешних факторов (социальная изоляция, изменение образа жизни, смерть близкого человека, плохое материальное обеспечение, недостаточная двигательная активность) и эндогенных факторов (возрастные изменения мозга, обмена веществ, развитие болезней). Поскольку факторов с отрицательной значимостью у пожилых превалирующее большинство (учитывая пролонгированный характер и их суммацию), то и эмоциональный баланс сдвигается в сторону отрицательных эмоций [3, 4]. Накопленный опыт свидетельствует о наличии клинического своеобразия депрессивных расстройств у людей позднего возраста (старшая возрастная группа – 45-59 лет и пожилые – 60-74 года) [5], полиморфизма этиопатогенетических механизмов в развитии эмоциональных расстройств [6], большой роли ситуационно-средовых факторов в их возникновении [7, 8]. Отмечена тенденция к затяжному течению депрессий в позднем возрасте, а также отсутствие стандартизованных подходов к лечебно-восстановительной и реабилитационной тактике [9]. Еще С.В. Бородин и А.С. Михлин (1983) в конце 20-го столетия наблюдали увеличение числа, тяжести и жестокости суицидов у больных позднего возраста [10].

Депрессия оказывает разрушительный эффект на жизнь пожилых людей и лиц, ухаживающих за ними. У пациентов позднего возраста с клинически значимой депрессивной симптоматикой уровень качества жизни значительно ниже, чем у пациентов без депрессии [11, 12]. Ранее было традиционным представление о правомерности диагностирования инволюционной меланхолии только в случаях затяжных аффективных

психозов позднего возраста, которые обнаруживают своеобразную тенденцию к застыванию психотической симптоматики и приводят к стойкой дезадаптации больных [13]. Вывод о неблагоприятном прогнозе инволюционной депрессии практически снимал вопрос о психосоциальной реабилитации [14].

Проблема депрессии и поиски методов ее лечения волновали человека с древних времен. В сочинениях Аретея, излагавшего учения Архигена, жившего в Риме в эпоху Траяна (54-117 гг. нашей эры), есть определение депрессии: меланхолия есть подавленное состояние при наличии той или иной неправильности (бредовой) идеи и при отсутствии лихорадки. Аретей также писал, что тоскливое состояние приводит к тому, что больные уединяются, питают отвращение к жизни и страстно мечтают о смерти – *vitae maledicentes mortisque cupidi*. По его же наблюдениям, некоторые больные у себя дома не обнаруживают ничего болезненного, а в менее привычной для них обстановке «сразу проявляется несостоятельность их ума». Главы по лечению были утеряны, но зато сохранились терапевтические советы: всеми силами поддерживать бодрое настроение в больном, «пусть приходят друзья и развлекают его легкой беседой» [цит. по15].

Основы лечебно-реабилитационных подходов в отношении больных с психическими расстройствами, в том числе, пожилых пациентов с депрессией, заложены с древних времен. Это и личностно-ориентированный подход к больному, и психопрофилактическая направленность лечебных воздействий, и использование общегигиенических воздействий в борьбе со стрессом. Так, в трудах Гиппократов есть такие строки: «...не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу и его деятельности»,

что подчеркивает роль микросоциального окружения и личностного ресурса пациента в положительной динамике процесса лечения. Еще в I веке нашей эры наряду с применявшимися прежде методами лечения душевно больных (рвотные и слабительные средства, прогулки, диета, ванны, гимнастика, перемена климата и др.), римский энциклопедист Цельс предлагал общеукрепляющую терапию, элементы психотерапии и указывал на большое значение физического труда. В предреволюционную эпоху во Франции Ле-Камю (1722-1772) в своем сочинении «Медицина души» главное значение в этиологии нервных и душевных болезней приписывает непосредственному влиянию среды, подробно останавливается на роли климата, на физическом воспитании и других внешних моментах. Его современник Дакен (1732-1815) в своем труде «Философия помешательства, или опыт философского изучения людей...» утверждает, что «Главное лечебное средство – это мягкое человеческое обращение с больным». Дакен жил и работал в провинции, в маленьком городке Шамбери, затерянном в гористой Савоие. Под управлением Дакена была небольшая больница, где он отвел особую палату для душевнобольных, а в саду построил отдельный павильон для беспокойных. В это суровое время повсеместного применения цепей и наручников, в эпоху господства темных казематов, описанных Ларошфуко (1613-1680) и Паризе (1770-1844), больные Дакена много часов проводили на свежем воздухе, для них устраивались развлечения и были организованы различные виды ручного труда. Французский врач Пинель в 90-е годы XVIII столетия совершает революционный переворот в психиатрии: он добивается снятия цепей с душевнобольных, так как обращает внимание на моральные потрясения как на одну из причин психических болезней. Пинель учит врачей получать исчерпывающие сведения об особенностях личности больного, его развитии, семейных отношениях до начала психического заболевания, т.е. все, что могут рассказать родственники и товарищи. Он широко применял вовлечение больных в трудовой процесс.

И это только отдельные примеры общепсихиатрической активности, которая по своей сути имела реабилитационный характер, была направлена на поддержание, а порой и на восстановление тех или иных сторон жизненного статуса больных с психическими расстройствами, в том числе, с меланхолией.

Виднейший русский психиатр начала XX

века Каннабих (1872-1939) считал, что одной из ведущих причин психических болезней является влияние общественной обстановки: «Когда социальная жизнь построена уродливо и жестоко, деятельность мозга чаще уклоняется от правильного пути». Религия и церковь на протяжении многих веков играют огромную роль в жизни общества. Великий религиозный деятель Махатма Ганди говорил: «Без молитвы я уже давно бы стал сумасшедшим», а лауреат Нобелевской премии доктор А. Коррель писал: «Молитва – самая сильная форма энергии, излучаемая человеком. Она является такой же реальной силой, как земное притяжение. Как врач, я наблюдал пациентов, которым не помогало никакое терапевтическое лечение. Им удалось вылететь от болезней и меланхолии только благодаря успокаивающему действию молитвы...». Более 50 лет назад Д. Карнеги сказал – «В наше время психиатры становятся современными Евангелистами» [16, 17].

Возрастающая роль психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в мировой и отечественной психиатрии обуславливает усиление интереса к проблеме так называемого совладающего поведения или копинг-поведения [18-21]. Обучение навыкам совладания включается в психообразовательные программы для больных с депрессивными расстройствами [22].

В ряде зарубежных исследований показано, что религиозные убеждения и отправление религиозных обрядов, то есть религиозная копинг-стратегия, может способствовать редукции депрессивных расстройств, особенно в пожилом возрасте [23, 24]. По мнению австрийских исследователей, религиозные убеждения и практики оказывают благоприятное влияние на течение депрессии в пожилом возрасте, при этом пожилые люди с физической немощью чаще обращаются к религии [25]. Показано, что истинная религиозность служила прогностическим фактором более быстрого наступления ремиссии при депрессивном расстройстве; у больных с депрессией, имеющих более высокие баллы по истинной религиозности, ремиссия наступала быстрее, чем у лиц с более низкими баллами [26].

Утрата близкого человека часто сопровождается переоценкой ценностей, а также поиском источника утешения, в качестве которого многие пожилые люди выбирают религию [27]. Пребывание в храме и сосредоточенная молитва, погружение в религиозные представления и переживания оказывают успокаивающее влияние

при патологических реакциях горя с выраженными депрессивными расстройствами [28].

З.В. Легниковой были изучены способы совладания с патологическими состояниями одиночества после утраты близкого родственника у лиц пожилого и старческого возраста. Выделены активные и пассивные способы совладания. К активным способам были отнесены мысленное или вслух общение с образом умершего, обращение к религиозной вере и погружение в нее, опора на родственные и социальные связи, активный уход в работу, занятость, формирование культа умершего. К пассивным стратегиям совладания были отнесены избегающее поведение, стремление к уединению [29].

Религия удовлетворяет одну из важнейших потребностей человека – потребность в жизненной ориентации и поклонении авторитету. Религия, как и юмор, вводит беспокоящее событие в новую систему отсчета, проливает новый свет на жизненные неприятности, вырывая их из рутинных рамок и рассматривая их в системе иного смысла. В результате появляется новая перспектива. Поиск религиозного смысла усиливается с возрастом [30].

Проблема способов совладания с психическими расстройствами, в частности с депрессиями позднего возраста, является сравнительно новой и недостаточно разработанной, актуальной для решения вопросов психосоциального лечения и реабилитации различных категорий психических и поведенческих расстройств. Значительный интерес представляют возрастные особенности совладания с психическими расстройствами. Однако работ, посвященных копингу при психических нарушениях в позднем возрасте, очень мало, что диктует необходимость дальнейших исследований в этом направлении [31].

Многие исследователи в своих работах полагают, что утраты в позднем возрасте переносятся легче, чем в молодом и среднем возрасте [32-34]. Этот период жизни вообще определяется как «время утрат»: потеря близких людей, социального статуса, физического здоровья [35-40]. В то же время авторы, занимающиеся исследованием депрессий в позднем возрасте, единодушно отмечают склонность к затяжному, хроническому течению депрессивных расстройств [40, 41]. Психотерапевтическая тактика, предлагаемая в этих случаях, предусматривает последовательный комплекс психотерапевтических воздействий, соответствующий закономерностям этапного течения патологических реакций горя. Культурные мероприятия и груп-

повые психообразовательные занятия, проводимые в отделениях или центрах социального обслуживания, являются эффективным инструментом проведения психосоциальной терапии и реабилитации больных с патологическими реакциями горя [42].

С 50-х годов в психиатрических учреждениях здравоохранения практикуется временная выписка больных [43]. Терминологически эта временная выписка именуется как больничный отпуск, либо как лечебный отпуск, либо как домашний отпуск. Несмотря на терминологические разногласия, суть остается общей – выход больного за пределы лечебного учреждения, восстановление социально значимых связей, приобщение к общественно полезной деятельности. Еще в 70-е годы предпринимались попытки анализа организации и эффективности лечебных отпусков [44]. В работе О.П. Ветроградской и ее коллег выделено три фактора, влияющих на реадaptацию больных: психологический (обострение или угасание психотической симптоматики в период отпуска); личностный (влияние характерологических особенностей личности на процесс адаптации); социальный (микросоциальная среда, семья, соседское окружение, контакты со здоровыми людьми).

Для пожилого человека с затяжной депрессивной симптоматикой, находящегося в однообразных условиях закрытого или полужакрытого психиатрического учреждения, пребывание в домашней обстановке, временное приобщение к обыденным условиям жизни с контактами со здоровым окружением, с возможностью выполнения элементарной трудовой деятельности является социализирующим фактором, который в дальнейшем при благоприятно сложившихся обстоятельствах может способствовать социальной интеграции больного. По данным Центрального НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов Министерства труда и социального развития РФ от 1999 года [45], у 60,5% психически больных, пользующихся домашними отпусками, терапевтические ремиссии были достаточно продолжительными (более 3 лет). Данные факты говорят о положительном влиянии домашних отпусков на адаптацию больных. Целесообразность их применения дает не только кинический, но и социальный эффект.

Одновременно с решением вышеописанной проблемы, в том же Центральном НИИ проф. Н.Ф. Дементьева и Б.А. Сырникова [46] поднимают вопрос о реорганизации лечебно-трудовых мастерских, которые являются составной частью

реабилитационного воздействия (повышают собственную значимость больного, отвлекают от неприятных мыслей депрессивного содержания, восстанавливают социальные и межличностные отношения).

В настоящее время психиатрическая помощь строится на основе партнерских отношений с пациентом, с учетом его мнений и суждений, то есть показателей качества жизни [47]. Полноценная реализация социальной составляющей психиатрической помощи стала возможной благодаря сближению и даже интеграции медицинской и социальной работы на основе общей стратегической цели: усиления (восстановления) способности индивида к успешному социальному функционированию [48, 49].

На второй Всемирной ассамблее по проблемам старения отмечалось, что одна из ведущих тенденций развития человечества заключается в гуманизации социальной сферы, включая образование, здравоохранение, жизнеобеспечение и защиту прав населения [50]. Ее отражением являются изменения в мировой и отечественной психиатрии, отчетливо проявившиеся в последние десятилетия, которые связаны с усилением внимания к социальным аспектам лечения больных позднего возраста и переходом от традиционной, медико-клинической к новой, биопсихосоциальной модели психиатрической помощи. Создаваемое в рамках биопсихосоциальной модели целостное понимание болезни связано с представлениями о комплексе компенсаторно-адаптационных реакций организма, об уровнях психической и социальной адаптации пациента [51].

Биопсихосоциальная модель реабилитации больных с психическими расстройствами включает следующие этапы: медико-психиатрический (биологический), психотерапевтический (психологический), социальный.

1. Медико-психиатрический (биологический) этап включает в себя психофармакотерапию, направленную на стабилизацию состояния больных с депрессией позднего возраста, купирование выраженных поведенческих нарушений, назначение препарата длительной терапии. А также при необходимости биологические методы воздействия (ЭСТ и пр.).

2. Психотерапевтический (психологический) этап биопсихосоциальной модели. Его основными задачами являются: предотвращение распада семьи, разрыва социальных связей, сохранение социального функционирования пациента, помощь в преодолении чувства вины, безнадеж-

ности, неприязни, одиночества. Психотерапия может потенцировать действие биологических методов лечения.

3. Социальный этап биопсихосоциальной модели реабилитации. Основными задачами этого этапа являются: патронаж больных, трудовая реабилитация, участие в восстановлении социального положения больных (получение льгот, пенсий), социально-правовая защита [51].

Все более актуальной в последние годы становится тактика психологической интервенции, которая представляет собой множество терапевтических методов и стратегий по повышению психических ресурсов, снижению чувства одиночества и усвоению или совершенствованию навыков и умений, необходимых в повседневной жизни, больных позднего возраста с депрессивными расстройствами [52, 53]. В качестве методов ее используются клиент-центрированный [54], психоаналитический [52, 53], когнитивно-поведенческий [55, 56]. Возможности интервенции при депрессии, согласно современному теоретическому и практическому уровню знаний, не подлежат сомнению. Тезис о том, что для пожилого возраста характерна недостаточная способность к рефлексии, критике и переориентации, потерял свою силу. Правда, необходимо вносить в психологическую интервенцию определенные изменения. Они обусловлены своеобразием пожилого возраста, которое проявляется в соматическом аспекте (более высокая подверженность соматическим заболеваниям), в психическом аспекте (у некоторых пожилых людей психические расстройства существуют уже несколько лет или даже десятилетий) и в социальном аспекте (более высокая вероятность потерять близких людей, что вызывает повышение уязвимости).

Значение психотерапевтических методов для лечения психически больных пожилых людей было долгое время весьма незначительным, прежде всего из-за распространенного в среде психотерапевтов скепсиса по отношению к возможностям улучшения и даже выздоровления пожилых пациентов. К тому же существовавшие концепции болезни были явно недостаточны и предполагали, что психические расстройства в пожилом возрасте основываются на «инволюционных изменениях» мозга или на других органических причинах, а, следовательно, не поддаются психотерапевтическому воздействию. Сегодня, напротив, превалирует мнение, что психические расстройства пожилых людей, хотя и демонстрируют типичное для старости акцен-

тирование специфических симптомов, тем не менее, ни психопатологически, ни этиологически не отличаются от психических расстройств в молодом возрасте. Цели геронтологической психотерапии заключаются, прежде всего, в изменении дисфункциональных способов поведения, повышении компетентности, оказании помощи в преодолении внешних жизненных трудностей.

Задачи психотерапии пожилых пациентов, как правило, намного шире, чем задачи психотерапии молодых людей [57]. В зависимости от метода выбираются те или иные опорные точки. Так, когнитивная терапия сосредоточивается на изменении схем мышления и оценивания. Она особенно пригодна для противодействия негативным аутостереотипам пациентов путем изменения паттернов ожиданий и оценок [58]. В то время как успех индивидуальной и групповой когнитивной терапии в острой фазе расстройства хорошо подтвержден и когнитивная терапия при расстройствах средней степени тяжести также является надежной альтернативой медикаментозной терапии [59], ее профилактический эффект еще недостаточно хорошо доказан. А это крайне важно, так как профилактическая фармакотерапия для многих пожилых людей противопоказана.

Эффективность поведенческой терапии при лечении пожилых пациентов с депрессией [60] в отличие от когнитивной терапии исследовалась мало. Сравнительные исследования показали, что эффективность поведенческой терапии при депрессивных расстройствах легкой и средней степени тяжести сравнима с эффективностью когнитивных методов.

В центре внимания интерперсональной терапии [61, 62] находится смена ролей и ролевые конфликты, а также чересчур сильная печаль и затруднения в интерперсональных отношениях. Эта терапия кажется особенно пригодной для лечения депрессивных расстройств — как для острых фаз, так и для профилактики рецидивов. Интерперсональная терапия обладает еще и тем дополнительным преимуществом, что ее можно проводить с пациентами и их семьями. Имеется исследование эффективности комбинации интерперсональной терапии и фармакотерапии применительно к пожилым людям. Оно установило, что 79% пациентов достигли полной ремиссии, в то время как при чисто медикаментозном лечении успех был зафиксирован лишь в 50-60% случаев [63].

Краткосрочная психодинамическая терапия концентрирует свое внимание, прежде всего, на

беседах о конечности жизни и неминуемости смерти. Близка к ней по тематике «терапия воспоминаний», разработанная на основе «концепции обзора жизни» (Life Review Konzeption) Батлера [64]. Элементы этого терапевтического метода часто используются в геронтологических лечебных программах, прежде всего в групповой терапии. У этого метода есть один побочный позитивный эффект, достойный упоминания: пациенты могут делиться друг с другом своим жизненным опытом и мудростью [57]. Систематическая оценка этого метода — как и краткосрочной психодинамической терапии — до сих пор не была проведена.

В современной психиатрии членов семьи психически больного родственника нередко игнорируют в планах лечения и ухода за ним, это же касается и родственников больных с депрессией позднего возраста. Во-первых, считается, что индивид имеет право на конфиденциальные отношения со своим врачом. Помимо этого, у психиатров нередко нет навыков работы с семьями. М. J. Goldstain [65] утверждает, что он наблюдал «сопротивление применению этих (семейных) техник... многие практические врачи никогда не работали с семьями и, естественно, считают такую работу довольно пугающей». В отечественной психиатрии важный и огромный потенциал семьи в содействии восстановлению своего больного родственника обычно не ценится. Семьи, как правило, получают информацию только о том, что необходимо продолжать лечение лекарственными препаратами (фактически лекарственная терапия часто полностью осуществляется под надзором членов семьи, а пациент лишь пассивно участвует в этом процессе) [66].

По данным М. Leggatt (2003), в развивающихся странах лица, обеспечивающие уход за больным, выполняют основную роль в ресоциализации пациента, в восстановлении его профессиональных и социальных навыков не только из-за близких семейных уз, но и потому, что недостает реабилитологов, которые оказывают эти услуги [67].

В настоящее время в некоторых странах предусмотрена программа подготовки специалистов психиатрического профиля к обучению членов семейным навыкам, необходимым для того, чтобы они могли быть активными, уверенными помощниками своего больного родственника, а не пассивными жертвами трудных обстоятельств, созданных его психическим заболеванием [68]. Однако эти программы разработаны для родственников больных шизофренией, а вопросы

депрессий позднего возраста до сих пор остаются не изученными, хотя их важность актуальна.

В современной модели психиатрической помощи семья душевнобольного стала занимать более значимое место, чем это было в рамках традиционной, медикоцентристской модели. Однако, несмотря на то, что наука вплотную подошла к вопросу о необходимости взаимодействия с семьей пациента в процессе его социальной реабилитации, объединения усилий специалистов лечебного учреждения и родственников больного, ученые вынуждены признать, что «это самостоятельная и еще не в полной мере разработанная проблема» [69].

Педагогами-психологами ставится вопрос о необходимости проведения с членами семьи больного депрессией позднего возраста комплексной медико-психолого-педагогической работы, направленной на усиление и развитие их реабилитационных возможностей и формирование готовности к более активному и компетентному содействию успеху лечения как предпосылки их последующего включения в реабилитационный процесс в качестве одного из его субъектов. Ими вводится термин «реабилитологического потенциала родственников пациентов», аналогичный «реабилитационному потенциалу» [70]. Реабилитологический потенциал родственника психически больного - это совокупность возможностей позитивного влияния на процесс и результат его социальной реабилитации, определяемых потребностью в заботе о близком человеке, психиатрической грамотностью и способностью к реабилитационно-ориентированному общению с больным [71].

Предлагаются пути, способствующие эффективной реализации потенциала родственников пациентов в социально-реабилитационной деятельности, к которым относятся: осознание спе-

циалистами психиатрического учреждения особой роли и возможностей родственников больного как одного из факторов социальной реабилитации и готовность к этически и педагогически корректному взаимодействию с ними в лечебно-восстановительном процессе; привлечение близких больного к сотрудничеству в реабилитационном процессе на доступном им уровне взаимодействия со специалистами (союзник - помощник - партнер) и стимулирование его дальнейшего развития; соответствие динамики и видов сотрудничества с членами семей пациентов, содержания и форм их участия в социальной реабилитации больных этапам лечебно-восстановительного процесса; инициирование специалистами создания общественных групп (сообществ) взаимопомощи родственников больных депрессией позднего возраста и организационно-методическое обеспечение их деятельности.

Таким образом, будучи естественной сетью социальной поддержки больного позднего возраста с депрессивным расстройством, семья способна оказывать на него существенное в терапевтическом отношении влияние, предупреждать обострения, снижать частоту обращаемости к психиатру, быстрее восстанавливать его общественные связи; сделать его жизнь более качественной и полноценной, улучшить социальное функционирование [72].

Анализ литературы показал, что существует множество психопрофилактических и реабилитационных мероприятий, которые могли бы активно влиять на социальное функционирование депрессивных больных позднего возраста. Однако наиболее оптимальным с точки зрения возвращения пациента к полноценной жизни является биопсихосоциальный подход к реабилитации больных с депрессиями позднего возраста.

О.М. Голоденко, Т.Л. Ряполова

ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ІЗ ДЕПРЕСІЯМИ ЛІТНЬОГО ВІКУ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк

У огляді літератури описуються методи психосоціальної реабілітації, які пропонуються не тільки сучасними дослідниками, але й ученими минулих століть. Отримана інформація свідчить про необхідність впровадження системного, комплексного підходу до реабілітації хворих із депресіями літнього віку, що більш ефективно поверне їх до повноцінного життя, у відмінності від ізольованого медикаментозного лікування. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 2 (27). — С. 74-81).

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH DEPRESSIONS OF LATE AGE

Donetsk national medical university named after M.Gorkiy, Donetsk

In the review of the literature methods of psychosocial rehabilitation which are offered not only modern researchers but also scientists of the last centuries are described. The received information testifies to necessity of introduction of the system, complex approach to the rehabilitative program of patients with depressions of late age which will more effectively return them to a high-grade life in difference from the isolated drugs treatment. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 74-81).

Литература

1. А.М. Полохов, Н.Ю. Бачинская, В.И. Гребельник, И.В. Кобзарь Распространенность депрессий неэндогенного генеза в популяции лиц старшего возраста // Эндогенная депрессия. – Иркутск, 1992. – С. 130.
2. Kanowski S., Dunner D.I., Glassman A.H. Depression in the elderly – panel discussion // Gerontology. – 1994. – Vol. 40, Suppl. 1. – P. 28-29.
3. Grove W.M., Bstin T.B. Mental illness in general health care: an international study. – Chichester (England): John Wiley & Sons, 2001. – 368 p.
4. Balfour J.L., Coryell W., Glove W.M. Follow-up and family study of anxious depression // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 148. – P. 1512-1517.
5. Сердюк О.І., Михайлов Б.В. Взаємозв'язок показників психоемоційного стану хворих з соматичними захворюваннями та деяких чинників впливу // Арх. психіатрії. – 2000. – №1-2. – С. 34-36.
6. Марута Н.А. Современные депрессивные расстройства (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия) // Укр. вісн. психоневрології. – 2001. – Т. 9, вип. 4. – С. 79-82.
7. Напрєєнко О.К. Депресії та тривога в загально медичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. – 2002. – №1. – С. 7-12.
8. Напрєєнко А.К., Латчман Н. Коморбидная депрессия у лиц позднего возраста в сети первичной медицинской помощи // Журн. психиатрии и медицинской психологии. – 2002. – №1. – С. 32-36.
9. Юрьева Л.Н., Мамчур А.И. Сравнительная эффективность амитриптилина и флуоксетина (клинико-нейрофизиологический подход) // Укр. мед. альманах. – 2000. – Т. 3, №2 (Доп.). – С. 187-188.
10. Бородин С.В., Михлин А.С. Самоубийства за рубежом // Научные и организационные проблемы суицидологии. – М., 1983. – С. 20-32.
11. Задионченко В.С., Хруленко С.Б., Петухов О.И. Психологические особенности и качество жизни больных артериальной гипертензией с метаболическими факторами риска // Кардиология. – 2002. – №8. – С. 15-19.
12. Абрамов В.А., Голоденко О.Н., Бурцев А.К. Органические депрессивные расстройства сосудистого генеза в позднем возрасте: Монография. – Донецк: «Каштан», 2009. – 158 с.
13. Цветкова Н.Б. Аффективные и аффективно-бредовые психозы пресенильного возраста в свете денных отдаленного каатмнеза // Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.18 / Горьк. гос. мед. ин-т. – Горький, 1974. – 27 с.
14. Городничев А. Отношения психиатрии и психотерапии (на примере терапии депрессии) [Электронный ресурс] / - Режим доступа: http://babuka.ru/referat/psihologiya/0_object74002.html
15. Каннабих Ю.В. История психиатрии / Ю.В.Каннабих. – М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2002. – 560 с.
16. Карпов А.А. Ваш близкий – психически больной. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 384 с.
17. Каннабих Ю.В. История психиатрии [Электронный ресурс] / Ю.В.Каннабих. – Режим доступа: <http://psylib.org.ua/books/kanny>
18. Михайлова Л.А. Психологическая защита в чрезвычайных ситуациях. СПб., 2009.
19. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. 1-е издание. 1998.
20. Либина А.В. Совладающий интеллект: человек в сложной жизненной ситуации. М., 2008.
21. Менделевич В.Д., Абитов И.Р. Прогностическая компетентность и психологические защиты пациентов с невротическими и психосоматическими расстройствами // Психические расстройства в общей медицине. 2008. № 2. С. 22-26.
22. Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., Смирнова Д.А. Использование психообразовательных программ для борьбы с последствиями стигматизации и самостигматизации психически больных (на примере депрессий) // Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в Северо-Западном регионе Российской Федерации. Материалы конференции. СПб., 2008. С. 52.
23. Koenig H.G. et al. Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men // Am. J. Psychiatry. 1992. Vol. 149. P. 1693-1700.
24. Koenig H.G., George L.K., Seigler I.C. The use of religion and other emotion regulating coping strategies among older adults // The Gerontologist. 1998. Vol. 28. P. 303-310.
25. Payman V., Kuruvilla G., Ryburn B. Religiosity of depressed elderly inpatients // Int. J. Geriatric Psychiatry. 2008. Vol. 23, № 1. P. 16-21.
26. Koenig H.G. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients // Am. J. Psychiatry. 1998. Vol. 155. P. 536-542.
27. Баранская И.В. Патологические реакции горя в позднем возрасте (клиника, динамика, психосоциальная реабилитация): Автореф.дисс. ...канд.мед.наук. М., 2003.
28. Полищук Ю.И. Значение религиозной веры в преодолении реакций горя в позднем возрасте // Психиатрия и религия на стыке тысячелетий. Харьков, 2006. С. 95-96.
29. Летникова З.В. Психические расстройства, развивающиеся в условиях одиночества у лиц позднего возраста (клиника, динамика, психосоциальная коррекция): Автореф.дисс. ...канд.мед.наук. М., 2004.
30. Allport G.W. The individual and his religion. New York: Macmillan, 1950.
31. Баскакова С.А. Современные представления о способах совладания с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Том 20, Выпуск 2. С. 88-96.
32. Zisook S., Shuchter S.R. Depression through the first year after the death of a spouse.//Am. J. Psychiatry.-1991. -vol.148 (10).-P. 1346-1352.
33. Prigerson H.G., Bierhals A.J., Kasl S.V., Reynolds C.F., Shear M.K., Day N., Beery L.C., Newson J.T., Jacobs S. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. // Am. j. Psychiatry. 1997. -vol. 154. - P. 616-623.
34. Byrne G.J., Raphael B. The psychological symptoms of conjugal bereavement in elderly men over the first 13 months. // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 1997; 12.- N2.-P. 241-251.
35. Clayton P.J. The effect of living alone on bereavement symptoms. // Am. J. Psychiatry. 1975. -vol. 132. -N2. - P. 133-137.
36. Palmore E. The social factors in aging. // In Handbook of geriatric psychiatry ed. by E.W. Busse, D.G. Blaser. New-York, 1980. P. 222-248.
37. Post F., Shulman K. New views of old affective disorders. // In Recent Advances in Psychogeriatrics. / Ed. by Tom Arie. Churchill Livingstone. Edinburg, London, New-York. 1985. - P. 119-140.
38. Acthe K. Suicidal tendencies in the elderly. // The elderly person as a patient (ed. by P. Kielhols and C. Adams). Deutscher Arzte; Verlag Koln, 1986: 117123.
39. Bennett K.M., Morgan K. Health, social functioning, and marital status: Stability and change among elderly recently widowed women. // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 1992. -vol. 7. -N 11.- P 813-817.
40. Alexopoulos G.S. New concepts for prevention and treatment of late-life depression. //American J. Psychiatry. 2001. - vol. 158.-N6.-P. 835-838.
41. Смулевич Н.А. Реактивные депрессии позднего возраста (клиническая типология, диагностика, терапия). Дисс. на соиск.... к.м.н. -М., 1989.
42. Баранская И. В. Патологические реакции горя в позднем возрасте (клиника, динамика, психосоциальная реабилитация) : Дис. ... канд. мед. наук : 14.00.08 М., 2003 194 с.
43. Мунчаева А.Р., Козлова Ю.П. // Новые методы терапии психических заболеваний: Тезисы докладов в Всерос.конф. (29 нояб. – 2 дек. 1988 г.) – Свердловск, 1988. – С. 177-178.
44. Ветроградова О.П., Деметьева Н.Ф., Войцех В.Ф. и др. / Клинические, социальные и биологические аспекты компенсации и адаптации при нервно-психических заболеваниях. – М., 1979. – С. 43-57.
45. Деметьева Н.Ф., Казаков М.С. Домашний отпуск (временная выписка) инвалидов, находящихся в психоневрологических интернатах, как метод социальной реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация,

№3, 1999. – С. 20-22.

46. Дементьева Н.Ф., Сырникова Б.А. Реабилитация больных с психическими нарушениями при некоторых инвалидизирующих заболеваниях и вопросы организации психиатрической помощи в реабилитационном центре для инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, №3, 1999. – С. 17-20.

47. Оценка качества жизни больного в медицине / А.А. Новак, С.А. Матвеев, Т.И. Ионова и др. // Клин. медицина. – 2000. – №2. – С. 10-13.

48. Турушева Н.Б., Балько М.Я., Кизеева Т.Н. Динамика социальной дезадаптации пациентов отделения интенсивного лечения в сообществе, находящихся в программе больше года // Омская психиатрия: история и современность. Сборник научно-практических трудов, посвященных 110-летию Омской психиатрической клиники. – Омск, 2007. – С. 178–180.

49. Уткин А.А., Степанова О.Н. Инновационные формы психосоциальной терапии и реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в Омской области / Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 1. – с. 124-126. <http://www.mniip.org/science/avtoreferats/stepanova.doc>

50. Доповідь Другої Всесвітньої асамблеї з проблем старіння, Мадрид, Іспанія, 8-12 квітня 2002 р. (видання Фонду Народонаселення ООН) глава IV, розділ А.

51. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: Монография. – Донецк: Каштан, 2009. – С. 176.

52. Junker C, Schaufelberger HJ. Die Entscheidung einen Arzt aufzusuchen // Schweiz Dtzzeit. – 1989. – Vol. 70. – P. 1907–1914.

53. Radebold H. (Editor) Psychiatrie der Gegenwart: Band 8: Alterspsychiatrie. - Springer; 3? 1992/ - 418 p.

54. Rogers K., Dymond K. Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach // Chicago: The University of Chicago Press, 1954. – 447 p.

55. Baltes M.M., Wahl H.-W. The behavioral system of dependency in the elderly: Interactions with the social environment/ Aging, health, and behaviour. - Baltimore, MD: Jones Hopkins University Press. – 1999. – 512 p.

56. Morris R.G., Morris L.W. Cognitive and behavioural approaches with the depressed elderly // International Journal of Geriatric Psychiatry. – 1991. - № 6, Vol. 6. – P. 407–413.

57. Leucht S., Wada M., Kurz A. Are negative cognitions symptoms of depression or also an expression of personality traits? // Der Nervenarzt. – 1997. - № 68(7). – P.563-568.

58. Fuchs T., Zimmer F.T. (1992) Verhaltenstherapeutische und psychodynamische Therapieansätze bei Altersdepressionen //

Verhaltenstherapie. – 1992. - № 2. – P. 244-250.

59. Leichsenring F., Leibing E. Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence/ In Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. – 2007. - № 2, Vol. 80. – P. 217–228.

60. Hautzinger M Cognitive behavior therapy with depressed elderly patients: initial experiences and results // Zeitschrift für Gerontologie. – 1992. - № 25(6). – P. 369-372.

61. Klerman G. L., Weissman M. M., Rounsaville B. J., Chevron E. S. Interpersonal Psychotherapy of Depression. - New York: Basic Books. -1984. – 234p.

62. Weissman M. M., Markowitz J. C., Klerman G. L. Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy. - New York: Basic Books. - 2000. – 361p.

63. Reynold C. F., Frank E. et al. Nortriptyline and Interpersonal Psychotherapy as Maintenance Therapies for Recurrent Depression: A Randomized Controlled Trial in Patients Older than 59 Years. // Journal of the American Medical Association. – 1999. – Vol. 281. – P. 39–45.

64. Butler, R. N. The life review: An interpretation of reminiscence in the aged // Psychiatry. – 1963. – Vol. 26. – P. 65-75.

65. Goldstein M.J. Psychoeducation and relapse prevention. Int Clin Psychopharmacol 1995; 9(Suppl 5):59-69.

66. Gordychuk S.A. What is hidden behind reduction of parameters of physical inability in connection with mental frustration? // Mental health – 4 (9) 2005: P. 4-15.

67. Margaret Leggatt Families and mental health workers: the need for partnership // World Psychiatry 2003; 1:1, P. 52-54.

68. National Schizophrenia Fellowship/Sainsbury Center for Mental Health. Learning to cope together: implementation and evaluation of the National Schizophrenia Fellowship/Sainsbury Centre for Mental Health carers' education and support project, 1998.

69. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. - М.: Медицина, 2001. - С. 515.

70. Ряполова Т.Л. Комплексная оценка реабилитационного потенциала больных шизофренией на различных стадиях заболевания // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – № 3 (23). – С. 29 – 42.

71. Гажа А.К. Педагогические условия реализации возможностей родственников в процессе социальной реабилитации психически больного [Электронный ресурс] / А.К. Гажа. - Режим доступа: <http://www.lib.ua-ru.net/diss/cont/106360.html>

72. O'Leary K. D., Beach S. R. H. Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord // American Journal of Psychiatry. – 1990. – Vol. 147. – P. 183-186.

Поступила в редакцию 18.04.2011