

Диагностика психических расстройств у пожилых: современные классификации

Савина М.А.¹, Шешенин В.С.¹, Абдуллина Е.Г.^{1,2}

¹ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

²МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

НАУЧНЫЙ
ОБЗОР

Резюме

Цель: дать обобщенную оценку изменений в диагностике психических расстройств у пожилых в современных классификациях. **Материал и методы:** анализировались текст DSM-5 и публикации, описывающие процесс создания и эмпирические предпосылки, и цитируемые в них статьи. Выделены сведения, касающиеся проблем диагностики психических расстройств у пожилых. **Результаты:** в статье обсуждаются принципы формирования пятой версии DSM, основные изменения по сравнению с предыдущей классификацией (наиболее существенные для депрессивных, тревожных и нейрокогнитивных расстройств), а также возможные последствия этих изменений в отношении диагностики психических расстройств у пожилых. **Выводы:** изменения в современных классификациях должны способствовать изучению многих психопатологических синдромов у пожилых, в том числе кататонии, патологического накопительства, сепарационной тревоги, инсомнии, нейрокогнитивных расстройств. Однако существуют проблемы применения некоторых критериев у пациентов позднего возраста.

Ключевые слова: геронтопсихиатрия; поздний возраст; поздняя шизофрения; депрессии; тревожные расстройства; нейрокогнитивные расстройства; деменция; диагностика.

Для цитирования: Савина М.А., Шешенин В.С., Абдуллина Е.Г. Диагностика психических расстройств у пожилых: современные классификации. *Психиатрия*. 2020;18(1):59–70. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-1-59-70>.

Конфликт интересов отсутствует

Diagnostics of Mental Disorders in the Elderlies: Modern Classifications

Savina M.A.¹, Sheshenin V.S.¹, Abdullina E.G.^{1,2}

¹FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

²Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

REVIEW

Summary

The aim: to overview changes in diagnostic criteria for mental disorders in old adults in modern classifications. **Material and methods:** DSM-5 and publications describing process of development and empirical background and articles cited in them. Focus was made on facts and discussions concerning diagnostics of mental disorders in older adults. **Results:** the review highlights principles of development of DSM-5, main changes compared with previous classification (the most essential for depressive, anxiety and neurocognitive disorders) and also its consequences for diagnostics of psychic disorders in elderly patients. **Conclusions:** changes in modern classifications can facilitate studies of several psychopathological syndromes in the elderly, in particular catatonia, hoardierline disorders, separation anxiety, insomnias, neurocognitive disorders. However there are some problems of implication of some criteria in geriatric patients.

Keywords: geriatric psychiatry; old age; late-onset schizophrenia; depression; anxiety disorders; neurocognitive disorders; dementia; diagnostics.

For citation: Savina M.A., Sheshenin V.S., Abdullina E.G. Diagnostics of Mental Disorders in the Elderlies: Modern Classifications. *Psychiatry*. 2020;18(1):59–70. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-1-59-70>.

There is no conflict of interest

Диагностическое и статическое руководство по психическим расстройствам (DSM) определяет общий язык, с помощью которого клиницисты, исследователи и другие работники здравоохранения США диагностируют и изучают психические расстройства. Пятая версия DSM, опубликованная в мае 2013 г., является ревизией диагностических критериев и классификации психических расстройств DSM-IV, вышедшей в 1994 г. [1].

Хотя DSM является американской классификацией, она привлекает внимание исследователей других стран (с момента выхода DSM-III). Это связано и с тем, что:

- 1) при создании классификаций Американская психиатрическая ассоциация (АПА) и ВОЗ пользуются общей исследовательской базой;
- 2) методологические основы МКБ в целом соответствуют DSM;

3) в некоторых областях знаний (например, в нейропсихиатрии) DSM является основной классификацией, поэтому в ней важно ориентироваться так же, как и в МКБ.

Классификации DSM следует уделить внимание и потому, что она впервые исходила из эмпирических, а не теоретических предпосылок: из данных генетических, патофизиологических и клинических исследований.

В данной статье обсуждаются изменения в диагностике психических расстройств и новые клинические концепции, их теоретические и эмпирические предпосылки, а также преимущества и ограничения.

Формирование классификации DSM-5 происходило путем анализа недостатков предыдущей классификации и с учетом результатов последних исследований в области психиатрии. В создании классификации участвовали более 1500 экспертов различных специальностей (психиатры, психологи, неврологи, педиатры, специалисты по первичной медицинской помощи, эпидемиологи, специалисты по методологии науки и статистике) из 13 стран. Основной целью создания новой классификации было улучшение качества помощи пациентам.

Особенностью DSM-5 является то, что ее структура (группировка расстройств в кластеры) происходила с учетом эмпирических данных разных наук патофизиологии, генетики, факторов риска и др. Дескриптивный и феноменологический подход (в отличие от DSM-IV), поскольку исследования последних 20 лет показали, что он недостаточно точен.

На основе расширенного набора «валидных критериев», первоначально предложенных [2], были выделены не индивидуальные категориальные диагнозы, а группы расстройств. Для того чтобы показать степень связи между группами расстройств, была предложена линейная структура классификации. Так, вслед за главой по шизофрении следует глава по расстройствам биполярного спектра, что отражает большую близость биполярного аффективного расстройства к шизофрении, а не к депрессиям, по результатам геномных исследований [3]. Сходным образом расстройство внутри диагностических категорий классифицируются внутри групп в большей степени на основе достижений нейронаук, а не психопатологии. Такой подход позволил выделить и более широкие кластеры, например интернализируемые расстройства (*internalizing disorders*; тревожные и депрессивные расстройства, расстройства с соматическими симптомами), экстернализируемые расстройства (*externalizing disorders*; а также расстройства с импульсивным, деструктивным поведением, злоупотреблением психоактивных веществ), нейрокогнитивные расстройства и др. Культуральные, возрастные и гендерные особенности отдельных расстройств упоминаются только в тех случаях, когда были получены данные об их влиянии на психопатологию, риск возникновения, течение и др.

Создатели DSM-5 придерживаются дименсионального подхода, утверждая о «сомнительности того, что любая категория психических расстройств представляет собой полностью самостоятельную единицу с четкими границами, отделяющими ее от другого расстройства» [4]. Хотя в классификации диагноз зависит от решения «да» или «нет» (как в категориальном подходе), он уточняется с помощью спецификаторов, подтипов, шкал тяжести и поперечной («cross-cutting») оценки симптомов, что, безусловно, характерно для дименсионального подхода. Основное изменение состоит в отказе от осевой системы диагностики (ранее присутствовали оси I, II, III) с использованием четких обозначений для психосоциокультурных факторов (ранее эту роль выполняли оси IV и V). Шкала оценки общего функционирования была исключена из-за концептуальных и психометрических проблем и заменена шкалой оценки недееспособности B03, которая находится в секции III DSM-5.

С момента публикации DSM-5 неоднократно обсуждалась различными авторами [5–8]. Данный обзор фокусируется на последствиях изменений диагностических критериев расстройств в геронтопсихиатрической практике.

РАССТРОЙСТВА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Проблема поздней шизофрении и других психотических расстройств активно обсуждается на протяжении последних двух десятилетий. В целом ключевые вопросы относятся к валидности диагноза шизофрении при позднем начале психоза, поскольку у пожилых возможно наличие альтернативного патофизиологического процесса, такого как нейродегенерация, иногда ведущего к сходным внешним проявлениям заболевания. В DSM-III возраст пациента старше 45 лет не позволял диагностировать шизофрению. По DSM-III-R диагноз шизофрении мог быть поставлен с использованием спецификатора «позднее начало». В DSM-IV и DSM-5 возрастные критерии или спецификаторы отсутствуют.

Хотя наиболее часто начало шизофрении выпадает на возрастной период от 15 до 25 лет, у существенного числа пациентов (до 20% больных шизофренией) манифест заболевания происходит после 40 лет [9]. Споры относительно нейробиологических механизмов позднего начала шизофрении продолжаются, однако разработчики DSM-5 остаются в стороне от этих дебатов. Указывается, что «случаи позднего начала могут соответствовать диагностическим критериям шизофрении, однако до конца неясно, являются ли эти случаи аналогичными тем, которые диагностируются в среднем возрасте, то есть до 55 лет» [4].

В руководстве указывается, что поздним началом считается начало после 40 лет, однако в других разделах позднее начало диагностируется при возрасте пациента старше 55 лет, а 40–55 лет относят к среднему возрасту. Таким образом, остается не до конца

ясным, как классифицировать начало заболевания, если оно выпадает на период с 40 до 55 лет. Поэтому в клинической практике лучше опираться на результаты консенсуса группы изучения поздней шизофрении [10]. На конференции международной группы по изучению шизофрении с поздним началом было принято положение, что поздней шизофренией считается расстройство с манифестацией в возрасте 40–60 лет (данное расстройство имеет значительное сходство с шизофренией с более ранним началом), а психотические расстройства с началом после 60 лет обозначают «шизофреноподобным расстройством с очень поздним началом», поскольку клинические, эпидемиологические, нейровизуализационные и нейропсихологические данные указывает на большую связь этого нарушения со старением мозга и нейродегенеративными процессами [10].

В DSM-5 исчезло подразделение шизофрении на клинические типы, а кататония стала считаться самостоятельным синдромом, который может присутствовать в структуре любого другого психического заболевания (при шизоаффективном, биполярном, большом депрессивном расстройстве и др.), а также при различных соматических заболеваниях (эндокринных, метаболических, аутоиммунных). Данное изменение позволит оценить распространенность кататонии в различных контингентах пожилых пациентов (которая, по предварительным данным, довольно высока), а также определить оптимальные пути коррекции этого состояния.

При наличии психотических симптомов (бреда и/или галлюцинаций) у больного с органическим заболеванием мозга (сопровождающимся малым или большим нейрокогнитивным расстройством) в соответствии с DSM-5 устанавливается диагноз «нейрокогнитивное расстройство» со спецификатором «поведенческие нарушения». Таким образом, психотические синдромы признаются следствием органического процесса в мозге, что в некоторой степени является упрощением проблемы психотических расстройств при деменции. Однако такое нововведение должно способствовать улучшению диагностики заболеваний, ассоциированных с когнитивным снижением, у пожилых больных.

Изменения в диагностике других расстройств шизофренического спектра (хронического бредового расстройства, шизоаффективного расстройства и др.) не были столь значительными.

РАССТРОЙСТВА ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА

Униполярное аффективное расстройство отделено от биполярного аффективного расстройства (БАР), поскольку последнее по данным нейробиологических исследований имеет большую общность с психотическими расстройствами, чем с депрессией. Диагностические изменения внутри главы «Депрессивные расстройства», на первый взгляд несущественные, могут иметь важное значение для клинической практики [11].

Большое депрессивное расстройство остается категориальным диагнозом, который отличается самым низким уровнем совпадения диагностических оценок между экспертами по сравнению с другими расстройствами в DSM-5 [12, 13]. Включение критерия «ощущение безнадежности» наряду с другими субъективными индикаторами депрессивного настроения («грусть», «ощущение опустошенности») [4] делает возможным диагностировать депрессию иногда и в отсутствие субъективно сниженного фона настроения. Появление такого критерия расширяет диагностические границы депрессивного эпизода и потенциально снижает вероятность совпадения оценок диагностов. Эти изменения в наибольшей степени отразятся на диагностике депрессий в гериатрической практике, поскольку депрессия без грусти — это частое расстройство именно у лиц пожилого возраста [14]. Описательный критерий «чувство опустошенности» входит одновременно в состав критериев депрессии и реакции утраты, что снижает его диагностическую ценность.

В DSM-5 произведена отмена исключяющего критерия «реакции горя» в диагностике большого депрессивного расстройства. Этот критерий исключения, впервые предложенный в DSM-III для разграничения нормальной реакции горя и депрессии, менялся с течением времени. В DSM-IV-TR [15] большой депрессивный эпизод диагностировался, если реакция горя продолжалась как минимум два месяца и сопровождалась ухудшением функционирования либо дополнительными симптомами, специфичными для депрессии (ощущение никчемности, психомоторная заторможенность и др.). На основании отсутствия клинических, генетических различий и отличий в ответе на терапию между депрессивными эпизодами, спровоцированными утратой, и депрессивными эпизодами, спровоцированными другими событиями, было принято решение, что реакция горя как исключяющий критерий клинически недостаточно валиден [16–19].

Поскольку возрастных особенностей в течении аффективных заболеваний, связанных с утратой, найдено не было [18, 20], отдельный анализ валидности реакции горя как исключяющего критерия для большого депрессивного эпизода (БДЭ) у пациентов позднего возраста не проводился. Однако такой анализ должен был быть проведен, поскольку реакции горя наиболее часты именно в позднем возрасте [21]. Отмена реакции горя как исключяющего критерия привела к обвинениям в диагностической экспансии [22], поскольку она может привести к гипердиагностике и учащению случаев неуместного назначения психотропных средств и возрастанию частоты связанных с ними побочных эффектов. Относительно этой проблемы в DSM-5 существует сноска, которая описывает разницу между нормальной реакцией горя и депрессивным расстройством, а также призывает к «взвешенному» клиническому суждению [4]. Тем не менее подобное изменение в руководстве некоторыми исследователями не одобряется [23, 24].

В DSM-5 появилась диагностическая категория «Патологическая реакция утраты». Оно отделяется от нормальной реакции горя по критериям длительности (не менее 12 мес.), тяжести и интенсивности горя. Однако диагноз должен устанавливаться в сопоставлении с культуральными нормами, а также с обязательной оценкой сохранности функционирования (несмотря на то, что подобная гибкость снизит межэкспертную надежность). Так как патологическая реакция горя часто сопровождается посттравматическим стрессовым расстройством [4], рекомендуется рассматривать случаи, в которых присутствуют оба эти синдрома, как отдельный клинический фенотип, поскольку он часто наблюдается у пожилых пациентов [25].

СПЕЦИФИКАТОРЫ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Поскольку депрессия у пожилых часто включает в себя тревогу [26], особое значение для геронтопсихиатров имеет появление спецификатора «с тревожным дистрессом», который должен использоваться в диагностике униполярных депрессий и БАП. Наличие данного спецификатора, вероятно, приведет к более качественной клинической оценке феномена тревожности у пожилых пациентов с депрессией, а также будет влиять на эффективность терапии.

DSM-5 отказалось от критериев «смешанного эпизода», диагностический порог которых был довольно высок. Однако известно, что выявление смешанных состояний имеет большое клиническое значение: субклинические маниакальные симптомы во время впервые выявленного большого депрессивного эпизода связаны с повышенным риском суицида и потенциальным усилением маниакальной симптоматики после приема антидепрессантов [27]. Поэтому в DSM-5 предложен спецификатор «со смешанными чертами». При использовании этого спецификатора сначала должен быть определен основной аффективный полюс и лишь потом учтены симптомы противоположного аффективного полюса.

Спецификатор «психотические черты» в DSM-5 отменен, и это затрагивает диагностику поздних депрессий, поскольку депрессии с психотическими чертами более часты в позднем возрасте.

СТОЙКОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

В DSM-5 предложена диагностическая категория «стойкое депрессивное расстройство» (СДР), которая включает в себя и дистимию, и затяжной БДЭ. СДР диагностируется при наличии дистимии длительного большого депрессивного расстройства даже при отсутствии депрессии на текущий момент. Хотя СДР предполагает объединение совершенно разных состояний и имеет сомнительное теоретическое значение, в целом это будет способствовать большему вниманию к затяж-

ным и хроническим депрессиям, что особо важно именно в геронтопсихиатрии [20], поскольку именно для пожилого возраста характерна особая длительность депрессивных состояний [28], особенно у пациентов с соматической отягощенностью и связанной с этим беспомощностью [29]. Требуемая в критериях оценка тяжести персистирующего расстройства (устойчиво тяжелые или же с меняющейся тяжестью симптомов) будет способствовать улучшению диагностики и поиску новых способов лечения [29].

РАССТРОЙСТВА БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА

Изменения критериев диагностики БАП может существенно сказаться на диагностике этого расстройства в позднем возрасте. Клинически значимым для геронтопсихиатров является увеличение количества симптомов-критериев А. На основании исследования [30], в руководстве «чрезмерное и постоянное увеличение целенаправленной деятельности и энергии» стало ключевым критерием диагностики мании или гипомании [4]. Это может несколько повысить диагностический порог для пациентов позднего возраста, у которых выраженность этого признака может быть сглажена из-за наличия сопутствующей соматической патологии [25].

Из DSM-5 был удален исключаящий критерий «наличие изменений настроения, связанных с приемом антидепрессантов» (он присутствовал в DSM-IV). Это основано на современных данных о том, что мания и гипомания, связанные с приемом антидепрессантов, имеют общую природу с биполярным расстройством I и II [31]. В тексте DSM-5 указано: «Развернутый эпизод мании, который возникает во время терапии депрессии (например, психотропными препаратами, ЭСТ) и сохраняется в виде развернутого синдрома, не вписывающегося в рамки физиологического ответа на лечение, является достаточным основанием для диагноза биполярное расстройство I» [4]. Тот же тезис применим и к диагностике биполярного расстройства II. Это изменение имеет значение для диагностики и лечения, так как оно, вероятно, повлияет на использование стабилизаторов настроения, а также будет иметь последствия для долгосрочной терапии.

В DSM-5 произведена попытка систематизации субсиндромальных форм биполярных состояний: включены рубрики «другие расстройства биполярного спектра» и «неуточненные расстройства биполярного спектра», которые заменяют категорию «другие неуточненные биполярные расстройства» в предыдущем руководстве.

РАССТРОЙСТВО СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Расстройство суицидального поведения включено в DSM-5 как отдельный клинический синдром.

Расстройство диагностируется у пациента, который предпринял суицидальную попытку с намерением умереть в последние 24 мес. (суицидальное поведение не должно быть обусловлено лишь религиозными или политическими мотивами). Оценка суицидального поведения как самостоятельного расстройства, а не как сопутствующего другим психическим расстройствам синдрома, вызвала дискуссии. Главным основанием такого нововведения явилось то, что суицидальное поведение, возникающее как при наличии психических расстройств, так и в их отсутствие, требует отдельного внимания. Наличие такой диагностической категории будет способствовать исследованиям суицидального поведения (особенно в отсутствие других психических расстройств) и более тщательной оценке риска повторного суицида [32]. Представления о том, что суицидальное поведение не является самостоятельной диагностической единицей, отражаются в том, что данная категория была помещена в секцию III «Состояния, требующие дальнейшего исследования» [4].

Расстройство суицидального поведения представляет особый интерес для геронтопсихиатрии, поскольку частота суицида в позднем возрасте такая же, а иногда и выше, чем в более ранние возрастные периоды [33]. Соматические заболевания, снижение уровня функционирования и тяжелые жизненные события являются основными факторами, способствующими суициду в позднем возрасте [34]. Известно, что в 10% случаев суицид совершают люди, не имевшие психиатрического диагноза [33]. Новый диагностический подход DSM должен способствовать лучшему пониманию факторов риска и особенностей суицидального поведения у пожилых.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Классификация тревожных расстройств в DSM-5 подверглась существенным изменениям. Обсессивно-компульсивные синдромы и посттравматическое стрессовое расстройство выведены за пределы группы тревожных расстройств, поскольку эти состояния отличаются от тревожных расстройств по генетическим, нейробиологическим и феноменологическим признакам, однако эти синдромы были помещены в смежных главах ввиду схожести их внешних проявлений [35, 36].

В критериях диагностики агорафобии и социофобии отсутствует требование об «очевидно чрезмерной или беспричинной тревоге», достаточно выявить, что интенсивность страха несоизмерима реальной угрозе. Такое изменение должно улучшить диагностику этих расстройств в пожилом возрасте, особенно у пациентов с соматическими заболеваниями. У пожилых тревога редко бывает беспричинной (опасения так или иначе связаны с реальными угрозами — ухудшением самочувствия и затруднениями адаптации в быту). Кроме того, пожилые пациенты редко жалуются на ее чрезмерность (у них часто отсутствует понимание психопа-

тологического характера тревоги, а многие симптомы тревоги приписываются соматической болезни) [37]. Требования к длительности расстройства не менее шести месяцев могут помочь в отграничении социального тревожного расстройства, агорафобии и других фобий от транзиторных страхов. Паническое расстройство и агорафобия в DSM-5 считаются отдельными диагнозами с различными диагностическими критериями. Когда они возникают одновременно, должен быть поставлен двойной диагноз.

Из критериев DSM-5 исключено возрастное ограничение для диагностики сепарационной тревоги (ранее диагноз не ставился лицам старше 18). Таким образом, возникновение расстройства возможно в любом возрасте, включая поздний возраст [38, 39]. Хотя расстройства сепарации после 60 лет появляются довольно редко, ситуации разлуки с близкими у пожилых встречаются достаточно часто [40]. Требуются дополнительные исследования о распространенности и клинических особенностях патологической и нормальной сепарационной тревоги в позднем возрасте.

Среди спецификаторов обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) появился спецификатор «отсутствии критики к состоянию/бред», из чего следует, что отсутствие критики/бред не делает ОКР расстройством шизофренического спектра [4].

Важным изменением для геронтопсихиатрической практики является выделение патологического накопительства в качестве самостоятельной диагностической единицы (ранее оно относилось к обсессивно-компульсивным расстройствам), что связано с признанием многообразия механизмов формирования данного состояния (оно не всегда представляет собой компульсивное расстройство). Когда симптоматика больного соответствует критериям ОКР и патологического накопительства одновременно, должны быть поставлены оба диагноза. Наличие большого нейрокогнитивного расстройства является исключительным критерием, однако диагноз может быть поставлен при мягком нейрокогнитивном расстройстве (признается, что этот вопрос требует дополнительных исследований). Введение отдельной диагностической единицы «патологическое накопительство» позволяет более точно проводить диагностику и поиск оптимальных методов лечения этого синдрома у пациентов позднего возраста.

Включение расстройств адаптации в «посттравматическое расстройство и другие расстройства, связанные со стрессом», отражает признание этих расстройств самостоятельными синдромами [41]. Это согласуется с изменениями в МКБ-11 [42], а также является попыткой разграничить нормальную и патологическую реакции на стресс лучше, чем это было сделано в DSM-IV. Переосмысление места расстройств адаптации в классификации психических расстройств может изменить оценку аффективных синдромов, возникающих у пожилых пациентов на фоне тяжелых соматических или неврологических заболеваний. Например,

некоторые депрессивные и тревожные расстройства могут рассматриваться как расстройства адаптации [43, 44].

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Синдромы, проявляющиеся когнитивным снижением, в DSM-5 вошли в категорию «нейрокогнитивные расстройства». Критерии делирия и деменции были существенно изменены, и это стало одним из самых заметных изменений в DSM-5 в целом. Термин «нейрокогнитивные» вместо «когнитивные» был применен к данному кластеру нарушений с целью подчеркнуть патологию нейронального субстрата при этих расстройствах, которая была описана во многих исследованиях [45]. Поскольку когнитивные нарушения могут возникнуть в одной или нескольких группах функций, в DSM-5 выделены 6 таких групп: общее внимание, управляющие функции, обучение и память, язык, перцептивно-моторные функции и социальное познание.

Нейрокогнитивные расстройства в DSM-5 включают три синдрома: делирий, малое нейрокогнитивное расстройство (МНР) и большое нейрокогнитивное расстройство (БНР) (соответствует деменции).

Диагностические критерии делирия по существу не изменились, но произошли некоторые изменения в терминологии: термин DSM-IV «расстройство сознания» в DSM-5 был заменен на «нарушения внимания (сниженная способность к направлению, фокусировке и переключению внимания) и осознанности (снижение способности к ориентации в окружающей реальности)» [4]. Другие критерии поменяли местами: критерий длительности теперь является последним. Делирий, согласно DSM-5, подразделяется на три подтипа: гиперактивный, гипоактивный и смешанный.

БНР заменяет термин «деменция», так как последний часто используется как синоним лишней БА [46], в связи с чем среди клиницистов присутствует нежелание диагностировать деменцию у молодых пациентов с тяжелым когнитивным дефицитом (например, возникшим в результате травмы головного мозга или ВИЧ-инфекции). Отрицательная коннотация термина «деменция» может привести к отказам от постановки диагноза по психологическим причинам, что затрудняет построение системы ранней диагностики. Таким образом, использование терминов МНР и БНР может привести к позитивным практическим результатам. Существует предположение, что термин «деменция» будет продолжать применяться в отношении пожилых пациентов, а также во многих других клинических случаях, но БНР будет являться более подходящим диагнозом для молодых пациентов.

Критерии БНР имеют некоторые отличия от критериев деменции, использовавшихся в DSM-IV:

- 1) для постановки диагноза БНР достаточным является существенное снижение со стороны только одной группы когнитивных функций (изолированное снижение памяти, которое в предыдущей

классификации относилось «органическому амнестическому расстройству», в DSM-5 считается нейрокогнитивным расстройством);

- 2) снижение памяти необязательно присутствует при БНР;
- 3) функциональным диагностическим порогом для БНР являются «затруднения в независимом функционировании в повседневной жизни (по DSM-IV когнитивный дефицит должен «значимо препятствовать трудовой деятельности или социальной активности или взаимоотношениям с другими людьми»).

Определение выраженности когнитивного дефицита осуществляется на основе субъективного отчета пациента, объективного анамнеза, оценки клинициста, а также объективных результатов оценки степени снижения когнитивных функций. Для оценки последнего рекомендуется проведение нейропсихологического обследования, однако клиницисту допустимо ограничиться и кратким клиническим обследованием. Если же нейропсихологическое обследование все же доступно, результаты больных с БНР обычно на два и более стандартных отклонения ниже нижней границы нормы проведенного теста (то есть ниже третьего перцентиля). Ожидается, что все вышеуказанные изменения приведут к улучшению диагностики БНР.

Появление новой диагностической категории МНР указывает на то, что диагноз мягкого когнитивного снижения стал популярным. Многие пациенты с нейрокогнитивными расстройствами нуждаются в точной диагностике до того, как нарушения достигнут уровня деменции. К тому же, многие заболевания ведут лишь к мягкому когнитивному снижению, которое тем не менее является клинически значимым [47, 48]. Следует отметить, что МНР не синонимично продромальной стадии деменции [49]. Сам диагноз не предполагает дальнейшего снижения; у некоторых пациентов с МНР, например с травмами головного мозга и состояниями, связанными с приемом медикаментов или психоактивных веществ, не наблюдается последующего ухудшения состояния, а некоторые даже возвращаются к исходному уровню функционирования. Критика тем не менее сопровождает и данное изменение в DSM-5: предполагается, что наличие диагноза МНР «медицизирует нормальность» и может привести к гипердиагностике расстройства у тех, кто «чрезмерно озабочен своим здоровьем», а также к последующим ненужным обследованиям и лечению [50]. Тем не менее увеличивающаяся частота постановки диагноза «мягкое когнитивное снижение» терапевтами [48] свидетельствует о необходимости включения МНР в рубрику нейрокогнитивных расстройств.

Диагностические критерии для МНР отличаются от критериев для БНР по тяжести когнитивной дисфункции и связанным с ней ухудшением функционирования. Результаты нейропсихологического тестирования должны отклоняться не более чем на одно-два стандартных отклонения ниже нормы или же между

третьим и шестнадцатым перцентилем. Нейропсихологическое обследование не строго обязательно, и клиницист может опереться на результаты клинического обследования, тем не менее нейропсихологическое обследование предпочтительно, так как нарушения когнитивных функций при МНР более «тонкие» и могут быть не установлены клиницистом в процессе краткого обследования [51]. Рекомендуется проведение повторных обследований, так как они лучше выявляют наличие/отсутствие прогрессирования когнитивного снижения [52]. Тем не менее необходимо с осторожностью относиться к интерпретации результатов повторных исследований в связи с эффектами научения, различной валидности повторного тестирования и недостатком нормативных данных [53].

Различие в пороге нарушения функционирования между БНР и МНР заключается в том, что последнее не препятствует независимому функционированию в повседневной жизни. Это не значит, что у данной группы больных нет нарушений функционирования в быту, но означает, что у них есть возможность преодолеть ограничения с помощью дополнительных усилий и компенсаторных стратегий. Этот критерий, вероятно, будет сложно применять в клинической практике, так как информант не всегда может предоставить объективную информацию о функционировании относительно сохранного пациента.

Критерии МНР в DSM-5 концептуально аналогичны критериям, предложенным Международной рабочей группой или критериям ключевого симпозиума [54], а также критериям мягкого когнитивного снижения вследствие БА, предложенным Национальным институтом по изучению старения и БА [55]. МНР в DSM-5, как и в критериях Международной рабочей группы, определяется как состояние со снижением когнитивных функций одного или нескольких типов, необязательно снижение памяти. Разделение МНР на амнестический и неамнестический тип в DSM-5 не производится, хотя в критериях Международной рабочей группы оно существует [54].

БНР и МНР не могут быть диагностированы, если когнитивное снижение проявилось в рамках делирия, хотя делирий может наблюдаться при обоих расстройствах. Другим исключаящим критерием является наличие другого психического расстройства (например, большого депрессивного эпизода или шизофрении), которое могло бы внести вклад в возникновение когнитивной несостоятельности пациента. Это положение более важно для лиц молодого возраста, однако может ухудшить диагностику когнитивных нарушений у пожилых, поскольку известно, что аффективные и галлюцинаторно-бредовые расстройства могут присутствовать в начальной стадии нейродегенеративного заболевания [56–58]. У всех пожилых пациентов, особенно у больных с поздними депрессиями или психозами необходимо тщательное исследование состояния когнитивных функций (в стадии формирования ремиссии), поскольку манифестация многих психических

Таблица 1. Этиологические подтипы БНР и МНР согласно DSM-5

Table 1. Etiological subtypes of Major and Minor neurocognitive disorders according to DSM-5

Болезнь Альцгеймера (БА)/Alzheimer disease
Лобно-височная дегенерация/Frontotemporal lobar degeneration
Болезнь с тельцами Леви/Lewy body disease
Цереброваскулярная болезнь/Vascular disease
Травма головного мозга/Traumatic brain injury
Вызванная приемом медикаментов психоактивных веществ/медикаментов/Substance/medication induced
ВИЧ-инфекция/HIV infection
Прионные заболевания/Prion disease
Болезнь Паркинсона/Parkinson disease
Болезнь Хантингтона/Huntington disease
Другое соматическое состояние/Due to another medical condition
Множественная этиология/Due to multiple etiology
Неуточненное/Unspecified neurocognitive disorder

расстройств в пожилом возрасте напрямую связана с возникновением органической патологии головного мозга [59, 60].

БНР и МНР разделены на подтипы на основе этиологии. В ситуации клинической оценки, вначале устанавливается синдромальный диагноз, лишь потом этиологический. Этиологические подтипы, для которых в DSM-5 прописаны специфические диагностические критерии, перечислены в *табл. 1*.

Критерии имеют разные уровни достоверности в зависимости от возможности доказательного обоснования диагноза каждого заболевания мозга. Для так называемой «большой четверки» деменций позднего возраста, к которой относят БА, сосудистое заболевание головного мозга, лобно-височную дегенерацию и болезнь с тельцами Леви, существуют «вероятный» (probable) и «возможный» (possible) уровень (НИ) достоверности. Причем первый требует более высокого уровня доказательности (подтверждения наличия специфичных биологических маркеров).

Во многих случаях причина нейрокогнитивного расстройства может быть установлена вполне однозначно, например при болезни Хантингтона, травме головного мозга, ВИЧ/СПИД или инсульте. В случае множественной этиологии DSM-5 рекомендует отдать приоритет одной или двум этиологиям (например, при БНР, обусловленном БА и сосудистым заболеванием, должны быть поставлены оба этиологических диагноза). Диагностические критерии большинства подтипов нейрокогнитивных расстройств содержат исключаящий критерий, согласно которому нарушение не может объясняться другой этиологией.

Акцент на использование специфичных биомаркеров стимулирует их поиск и меняет клиническую практику. Важными являются определение генотипа (пресенильных генов при БА с ранним началом, расширение гена Хантингтона — с тридцатью шестью или

более повторениям CAG-тринуклеотида — при болезни Гентингтона), нейровизуализация (различение сосудистой патологии и лобно-височной дегенерации). Данные нейровизуализации могут быть дополнительным аргументом в пользу постановки диагноза БА, однако не считаются определяющими. Другие биомаркеры БА (уровень амилоида бета-42 и фосфорилированного тау-протеина в спинномозговой жидкости (фТау)) также не вошли в критерии.

Факторы риска в определенной степени учитываются при определении этиологии нейрокогнитивных расстройств (например, артериальная гипертония, диабет, ожирение и метаболический синдром при сосудистой деменции); в то же время они не считаются уникальными для какой-либо одной этиологии и в диагностические критерии не включены.

Классификация DSM-5 является первой попыткой использования единой терминологии и структуры для систематики разнообразных нейрокогнитивных расстройств. Достигнуто согласие с другими экспертными группами — Национальной ассоциацией изучения старения и БА [61, 62], экспертной группой по изучению лобно-височной деменции [63], Консорциумом по изучению деменции с тельцами Леви [64], рабочей группой Международного сообщества по изучению сосудистых, поведенческих и когнитивных расстройств [65], Исследовательской группой по изучению расстройств движения при болезни Паркинсона [66], Рабочей группой по изучению СПИДа Американской академии неврологии [67] и других. Использование диагностических критериев DSM-5 при разных патологиях может внести согласованность в изучение проблемы нейрокогнитивных расстройств.

РАССТРОЙСТВА СНА

Систематика расстройств режима сна и бодрствования в DSM-5 существенно изменилась. Изменения были внесены с целью упрощения оценки жалоб на сон психиатром общей практики и принятия решения о том, необходима ли консультация специалиста по нарушениям сна. В данном разделе описаны десять расстройств. Первичная и вторичная бессонница были объединены в одно расстройство. Нарколепсия была отделена от других форм гиперсомнолентности на основании результатов исследования патогенеза. Расстройство быстрого движения глаз во сне и синдром беспокойных ног приведены как отдельные расстройства с отдельными диагностическими критериями. Расстройства сна с нарушениями дыхания во время сна были разделены на три подтипа: синдром обструктивного апноэ/гипноэ во сне, центральное апноэ во сне и гипервентиляция, связанная со сном. Создатели DSM-5 подчеркивают взаимосвязь нарушений сна и бодрствования и психических расстройств, предполагая дальнейшее изучение их взаимовлияния.

Данные изменения особо важны для геронтопсихиатрической практики, поскольку около 50% лиц позд-

него возраста страдают нарушениями сна, серьезно влияющими на качество жизни [68, 69]. С возрастом распространенность бессонницы, расстройств дыхания во время сна, периодических движений ногами во сне, а также синдрома беспокойных ног увеличивается [69]. Связь нарушений сна с нейрокогнитивными расстройствами также попадает в область интереса исследователей. Так, известно, что расстройства сна могут присутствовать в начале таких заболеваний, как деменция с тельцами Леви и БА [70].

ОЦЕНОЧНЫЕ ШКАЛЫ

В рамках поддержки многомерного подхода к психическим расстройствам в DSM-5 поощряется использование клиницистом различных диагностических шкал для первичной оценки и мониторинга состояния пациентов [71]. Многие из шкал доступны онлайн [71], среди них есть шкалы для оценки статуса, шкалы оценки тяжести симптомов, специфичных для разных заболеваний, шкалы оценки дееспособности. Большинство этих шкал полезны для обследования геронтопсихиатрических пациентов: они делают оценку психического статуса более полной, чем ранее (в шкалах уделяется внимание дополнительным, ранее игнорировавшимся симптомам), а также позволяют оценить способность к автономному проживанию и социальное функционирование, что не всегда зависит от тяжести психиатрического заболевания. По шкале оценки дееспособности ВОЗ возможности пациента оцениваются в шести сферах жизни, а информация может быть предоставлена как самим пациентом, так и в рамках сбора объективного анамнеза. Подобные шкалы разработаны для лиц зрелого возраста и не фокусируются на проблемах пожилых пациентов. Клиническая ценность и валидность использования данных шкал при работе с пациентами позднего возраста требует дальнейшего изучения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хотя некоторые изменения, представленные в DSM-5, и остаются дискуссионными и неоправданными с точки зрения многих теоретических концепций, эти изменения сделаны для облегчения обследования пациентов с психическими расстройствами, особенно с теми расстройствами, которым до сих пор уделялось недостаточное внимание. Без сомнения, появление новых данных позволит уточнить спорные формулировки текущей классификации. Изменения в DSM-5, безусловно, могут привести к изменениям в клинической практике геронтопсихиатрических служб. В этом отношении наиболее значимы изменения, касающиеся диагностики аффективных и нейрокогнитивных расстройств.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. 1994.

2. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1970;126(7):983–987. DOI:10.1176/ajp.126.7.983.
3. Purcell SM, Wray NR, Stone JL, Visscher PM, O'Donovan MC, Sullivan PF, Sklar P. International Schizophrenia Consortium. Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature*. 2009;460(7256):748–752. DOI: 10.1038/nature08185.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: APA, 2013.
5. Краснов ВН. Современные принципы диагностики и классификации психических расстройств. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018;28(1): 58–61.
Krasnov VN. Present-Day Changes in Mental Disorders Diagnostic and Classification Principles. *Social and clinical psychiatry*. 2018;28(1):58–61. (In Russ.).
6. Sachdev PS. Is DSM-5 defensible? *Aust NZ J. Psychiatry*. 2013;47(1):10–11. DOI: 10.1177/0004867412468164.
7. Ghaemi SN. DSM-5 and the miracle that never happened. *Acta Psychiatr. Scand*. 2014;129(6):410–412. DOI: 10.1111/acps.12263.
8. Parker G. The DSM-5 classification of mood disorders: some fallacies and fault lines. *Acta Psychiatr. Scand*. 2014;129(6):404–409. DOI: 10.1111/acps.12253.
9. Maglione, JE, Thomas, SE, Jeste DV. Late-onset schizophrenia: do recent studies support categorizing LOS as a subtype of schizophrenia? *Current opinion in psychiatry*. 2014;27(3):173. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000049.
10. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. *Am. J. Psychiatry*. 2000;157(2):172–178. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.2.172.
11. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research changes. *Depress Anxiety*. 2014;31(6):459–471. DOI: 10.1002/da.22217.
12. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 2013;12(2):92–98. DOI: 10.1002/wps.20050.
13. Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, Kraemer HC, Kuramoto SJ, Kuhl EA, Kupfer DJ. DSM-5 field trials in the United States and Canada, part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am. J. Psychiatry*. 2013;170(1):59–70. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070999>.
14. Gallo J, Rabins P, Anthony J. Sadness in older persons: 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol. Med* 1999;29(2):341–350. DOI: 10.1017/s0033291798008083.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text rev. Washington, DC: APA, 2000.
16. Kendler KS, Myers J, Zisook S. Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events? *Am. J. Psychiatry*. 2008;165(11):1449–1455. DOI: 10.1176/appi.ajp.2008.07111757.
17. Kessing LV, Bukh JD, Bock C, Vinberg M, Gether U. Does bereavement-related first episode depression differ from other kinds of first depressions? *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 2010;45(8):801–808. DOI: 10.1007/s00127-009-0121-6.
18. Mojtabai R. Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2011;68(9):920–928. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.95
19. Karam EG, Tabet CG, Alam D, Shamseddeen W, Chatila Y, Mneimneh Z, Salamoun MM, Hamalian M. Bereavement related and non-bereavement related depressions: a comparative field study. *J. Affect. Disord*. 2009;112(1–3):102–110. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.016>.
20. Wakefield JC, Schmitz MF. Recurrence of depression after bereavement-related depression: evidence for the validity of DSM-IV bereavement exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study. *J. Nerv. Ment. Dis*. 2012;200(6):480–485. DOI: 10.1097/NMD.0b013e318248213f.
21. Корнилов ВВ. Роль патологической реакции горя в развитии деменции позднего возраста. *Психиатрия*. 2018;1(77):5–15. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-77-5-15>.
22. Kornilov VV. The role of pathological grief reaction in the development of old age dementia. *Psychiatry*. 2018;1(77):5–15. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-77-5-15>. (In Russ.).
23. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry*. 2012;11(3):3–10. DOI: 10.1016/j.wpsyc.2012.01.002.
24. Reed GM, MendonçaCorreia J, Esparza P, Saxena S, Maj M. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry*. 2011;10(2):118–131. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x.
25. Maj M. «Clinical judgement» and the DSM-5 diagnosis of major depression. *World Psychiatry*. 2013;12(2):89–91. DOI: 10.1002/wps.20049.
26. Sachdev PS, Mohan A, Taylor L, Jeste DV. DSM-5 and mental disorders in older individuals: an overview. *Harvard Review of Psychiatry*. 2015;23(5):320–328. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000090.
27. Концевой ВА. Депрессии позднего возраста. В кн.: Руководство по психиатрии. Под редакцией АС Тиганова. 1999:668–673.
Koncevoj VA. Depressii pozdnego vozrasta. V kn.: Rukovodstvo po psihiatrii. Pod redakciej AS Tiganova. 1999:668–673. (In Russ.).

27. Judd L, Schettler P, Akiskal H, Coryell W, Fawcett J, Fiedorowicz JG, Solomon DA, Keller MB. Prevalence and clinical significance of subsyndromal manic symptoms, including irritability and psychomotor agitation, during bipolar major depressive episodes. *J. Affect. Disord.* 2012;138(3):440–448. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.046>.
28. Сиранчиев МА. Дистимия: история вопроса, возрастные аспекты. *Психиатрия.* 2003;2(2):51–60. Siranchiev MA. Distimiya: istoriya voprosa, vozrastnye aspekty. *Psychiatry.* 2003;2(2):51–60. (In Russ.).
29. Byers AL, Vittinghoff E, Lui LY, Hoang T, Blazer DG, Covinsky KE, Ensrud KE, Cauley JA, Hillier TA, Fredman L, Yaffe K. Twenty-year depressive trajectories among older women. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2012;69(10):1073–1079. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2012.43>.
30. Fawcett J. An overview of mood disorders in the DSM-5. *Curr. Psychiatry Rep.* 2010;12(6):531–538. DOI: 10.1007/s11920-010-0154-2.
31. Dumlu K, Orhon Z, Ozerdem A, Tural U, Ulas H, Tunca Z. Treatment-induced manic switch in the course of unipolar depression can predict bipolarity: cluster analysis based evidence. *J. Affect. Disord.* 2011;(1,3):91–134. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.019>.
32. Oquendo MA, Baca-Garcia E. Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. *World Psychiatry.* 2014;13(2):128–130. DOI: 10.1002/wps.20116.
33. Shah A. The relationship between suicide rates and age: an analysis of multinational data from the World Health Organization. *Int. Psychogeriatr.* 2007;19(6):1141–1152. DOI: 10.1017/S1041610207005285.
34. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am. J. Psychiatry.* 1996;153(8):1001–1008. DOI: 10.1176/ajp.153.8.1001.
35. Van Ameringen M, Patterson B, Simpson W. DSM-5 obsessive compulsive and related disorders: clinical implications of new criteria. *Depress Anxiety.* 2014;31(6):487–489. DOI: 10.1002/da.22259.
36. Stein DJ, Craske MG, Friedman MJ, Phillips KA. Meta-structure issues for the DSM-5: how do anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and related disorders, post-traumatic disorders, and dissociative disorders fit together? *Curr. Psychiatry Rep.* 2011;13(4):248–250. DOI: 10.1007/s11920-011-0207-1.
37. Lenze EJ, Wetherell JL. A lifespan view of anxiety disorders. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2011;13(4):381–399. PMID: PMC3263387.
38. Boegels SM, Knappe S, Clark LA. Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clin. Psychol. Rev.* 2013;33(5):663–674. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.03.006.
39. Manicavasagar V, Marnane C, Pini S, Abelli M, Rees S, Eapen V, Silove D. Adult separation anxiety disorder: a disorder comes of age. *Curr. Psychiatry Rep.* 2010;12(4):290–297. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0131-9>.
40. Shear K, Jin R, MeronRuscio A, Walters E, Kessler R. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Am. J. Psychiatry.* 2006;163(6):1074–1083. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.6.1074.
41. Strain JJ, Freidman MS. Considering adjustment disorders as stress response syndromes. *Depress Anxiety.* 2011;28(9):818–823. DOI: 10.1002/da.20782.
42. Casey P, Doherty A. Adjustment disorder: implications for ICD-11 and DSM-5. *Br. J. Psychiatry.* 2012;(201):90–92. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.110494.
43. Савина МА. Клиника постинсультных депрессий. *Психические расстройства в общей медицине.* 2006;(2):31–35. Savina MA. Klinika postinsul'tnyh depressij. *Psichicheskie rasstrojstva v obshhej medicene.* 2006;(2):31–35. (In Russ.).
44. Савина МА, Серпуховитина ИА. Клиническая картина генерализованного тревожного расстройства. *Психические расстройства в общей медицине.* 2009;2:4–10. Savina MA, Serpuhovitina IA. Klinicheskaja kartina generalizovannogo trevozhnogo rasstrojstva. *Psichicheskie rasstrojstva v obshhej medicene.* 2009;2:4–10. (In Russ.).
45. Sachdev P, Andrews G, Hobbs MJ, Sunderland M, Anderson TM. Neurocognitive disorders: cluster 1 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med.* 2009;39(12):2001–2012. DOI: 10.1017/S0033291709990262.
46. Rodríguez-Bailón M, Montoro-Membila N., Garcia-Morán T, Arnedo-Montoro ML, Funes Molina MJ. Preliminary cognitive scale of basic and instrumental activities of daily living for dementia and mild cognitive impairment. *J. Clin. Exp. Neuropsychol.* 2015;37(4):339–53. DOI: 10.1080/13803395.2015.1013022.
47. Petersen R, Roberts RO, Knopman DS, Boeve BF, Ivnik RJ, Smith GE, Jack CR Jr. Mild cognitive impairment: ten years later. *Arch. Neurol.* 2009;66(12):1447–1455. <https://doi.org/10.1001/archneurol.2009.266>.
48. Гаврилова СИ. Додементные нейрокогнитивные расстройства: диагностические и терапевтические аспекты. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.* 2018;(1):89–98. Gavrilova SI. Dodementnye neyrokognitivnye rasstrojstva: diagnosticheskie i terapevticheskie aspekty. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhterev.* 2018;(1):89–98. (In Russ.).
49. Blazer D. Neurocognitive disorders in DSM-5. *Am. J. Psychiatry.* 2013;170(6):585–587. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.13020179.

50. Михайлова НМ, Рощина ИФ. Этические аспекты деменций позднего возраста: проблемы и решения. *Клиническая и специальная психология*. 2013;(2):91–109.
Mikhaylova NM, Roshchina IF. Eticheskie aspekty dementsiy pozdnego vozrasta: problem i resheniya. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*. 2013;(2):91–109. (In Russ.).
51. Рощина ИФ, Гаврилова СИ, Жариков ГА., Калын ЯБ, Колыхалов ИВ, Михайлова НМ, Селезнёва НД, Соколова ОН. Нейропсихологическое проспективное исследование больных с так называемой сомнительной деменцией. *Психиатрия*. 2003;4(4):54–57.
Roshchina IF, Gavrylova SI., Zharikov GA., Kalyn YaB, Kolykhalov IV, Mikhaylova NM, Selezneva ND, Sokolova ON. Neyropsikhologicheskoe prospektivnoe issledovanie bol'nykh s tak nazyvaemoy somnitel'noy dementsiey. *Psychiatry*. 2003;4(4):54–57. (In Russ.).
52. Ganguli M. Can the DSM-5 framework enhance the diagnosis of MCI? *Neurology*. 2013;81(23):2045–2050. DOI: 10.1212/01.wnl.0000436944.01023.e5.
53. Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, Jelic V, Fratiglioni L, Wahlund LO, Nordberg A, Bäckman L, Albert M, Almkvist O, Arai H, Basun H, Blennow K, de Leon M, DeCarli C, Erkinjuntti T, Giacobini E, Graff C, Hardy J, Jack C, Jorm A, Ritchie K, van Duijn C, Visser P, Petersen RC. Mild cognitive impairment: beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J. Intern. Med*. 2004;256(3):240–246. DOI: 10.1111/j.1365–2796.2004.01380.x.
54. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, Gamst A, Holtzman DM, Jagust WJ, Petersen RC, Snyder PJ, Carrillo MC, Thies B, Phelps CH. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging–Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7(3):270–279. DOI: 10.1016/j.jalz.2011.03.008.
55. Михайлова НМ. Депрессии в позднем возрасте. *Российский медицинский журнал*. 2007;12(14):835.
Mikhaylova NM. Depressii v pozdnemvozraste. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal*. 2007;12(14):835. (In Russ.).
56. Колыхалов ИВ, Селезнева НД. Некогнитивные психические расстройства при болезни Альцгеймера: симптоматология и терапия. *Психиатрия и психофармакотерапия*, 2001;3(2):48–53.
Kolykhalov IV, Selezneva ND. Nekognitivnye psikhicheskie rasstroystva pri bolezni Al'tsgeymera: simptomatologiya i terapiya. *Psikhatriya i psikhofarmakoterapiya*, 2001;3(2):48–53. (In Russ.).
57. Fischer CE, Agüera-Ortiz L. Psychosis and dementia: risk factor, prodrome, or cause? *International psychogeriatrics*. 2018;30(2):209–219. DOI: 10.1017/S1041610217000874.
58. Nagao S, Yokota O, Ikeda C, Takeda N, Ishizu H, Kuroda S, Terada S, Murayama S, Uchitomi Y. Argyrophilic grain disease as a neurodegenerative substrate in late-onset schizophrenia and delusional disorders. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2014;264(4):317–331. DOI: 10.1007/s00406-013-0472-6.
59. Alexopoulos GS. The Vascular Depression Hypothesis: 10 Years Later. *Biol. Psychiatry*. 2006;60(12):1304–1305. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.09.006.
60. Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Dekosky ST, Barberger-Gateau P, Cummings J, Delacourte A, Galasko D, Gauthier S, Jicha G, Meguro K, O'brien J, Pasquier F, Robert P, Rossor M, Salloway S, Stern Y, Visser PJ, Scheltens P. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol*. 2007;6(8):734–746. DOI: 10.1016/S1474-4422(07)70178-3.
61. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR Jr, Kawas CH, Klunk WE, Koroshetz WJ, Manly JJ, Mayeux R, Mohs RC, Morris JC, Rossor MN, Scheltens P, Carrillo MC, Thies B, Weintraub S, Phelps CH. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging–Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7(3):263–269. DOI: 10.1016/j.jalz.2011.03.005
62. Gorno-Tempini ML, Hillis AE, Weintraub S, Kertesz A, Mendez M, Cappa SF, Ogar JM, Rohrer JD, Black S, Boeve BF, Manes F, Dronkers NF, Vandenberghe R, Rascovsky K, Patterson K, Miller BL, Knopman DS, Hodges JR, Mesulam MM, Grossman M. Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*. 2011;76(11):1006–1014. DOI: 10.1212/WNL.0b013e31821103e6.
63. Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D, Mendez MF, Kramer JH, Neuhaus J, van Swieten JC, Seelaar H, Dopper EG, Onyike CU, Hillis AE, Josephs KA, Boeve BF, Kertesz A, Seeley WW, Rankin KP, Johnson JK, Gorno-Tempini ML, Rosen H, Prioleau-Latham CE, Lee A, Kipps CM, Lillo P, Piguet O, Rohrer JD, Rossor MN, Warren JD, Fox NC, Galasko D, Salmon DP, Black SE, Mesulam M, Weintraub S, Dickerson BC, Diehl-Schmid J, Pasquier F, Deramecourt V, Lebert F, Pijnenburg Y, Chow TW, Manes F, Grafman J, Cappa SF, Freedman M, Grossman M, Miller BL. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioral variant of frontotemporal dementia. *Brain*. 2011;134(9):2456–2477. DOI: 10.1093/brain/awr179.
64. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, O'Brien JT, Feldman H, Cummings J, Duda JE, Lippa C, Perry EK, Aarsland D, Arai H, Ballard CG, Boeve B, Burn DJ, Costa D, Del Ser T, Dubois B, Galasko D, Gauthier S, Goetz CG, Gomez-Tortosa E, Halliday G, Hansen LA, Hardy J, Iwatsubo T, Kalaria RN, Kaufer D, Kenny RA, Korczyn A, Kosaka K, Lee VM, Lees A, Litvan I, Lodos E, Lopez OL, Minoshima S, Mizuno Y, Molina JA,

- Mukaetova-Ladinska EB, Pasquier F, Perry RH, Schulz JB, Trojanowski JQ, Yamada M; Consortium on DLB. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2005;65(12):1863–1872. DOI: 10.1212/01.wnl.0000187889.17253.b1.
65. Sachdev P, Kalaria R, O'Brien J, Skoog I, Alladi S, Black SE, Blacker D, Blazer DG, Chen C, Chui H, Ganguli M, Jellinger K, Jeste DV, Pasquier F, Paulsen J, Prins N, Rockwood K, Roman G, Scheltens P; International Society for Vascular Behavioral and Cognitive Disorders. Diagnostic criteria for vascular cognitive disorder — a VASCOG statement. *Alzheimers Dis. Assoc. Disord.* 2014;28(3):206–218. DOI: 10.1097/WAD.0000000000000034.
66. Emre M, Aarsland D, Brown R, Burn DJ, Duyckaerts C, Mizuno Y, Broe GA, Cummings J, Dickson DW, Gauthier S, Goldman J, Goetz C, Korczyn A, Lees A, Levy R, Litvan I, McKeith I, Olanow W, Poewe W, Quinn N, Sampaio C, Tolosa E, Dubois B. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2007;22(12):1689–1707. DOI: 10.1002/mds.21507.
67. Antinori A, Arendt G, Becker JT, Brew BJ, Byrd DA, Cherner M, Clifford DB, Cinque P, Epstein LG, Goodkin K, Gisslen M, Grant I, Heaton RK, Joseph J, Marder K, Marra CM, McArthur JC, Nunn M, Price RW, Pulliam L, Robertson KR, Sacktor N, Valcour V, Wojna VE. Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders. *Neurology*. 2007;69(18):1789–1799. DOI: 10.1212/01.WNL.0000287431.88658.8b.
68. Михайлова НМ. Нарушения сна в пожилом и старческом возрасте. Клинические рекомендации по лечению. *Российский медицинский журнал*. 2003;28:1610–1613. Mikhaylova NM. Narusheniya sna v pozhilom i starcheskom vozraste. Klinicheskie rekomendatsii po lecheniyu. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal*. 2003;28:1610–1613. (In Russ.).
69. Crowley K. Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychol. Rev.* 2011;21(1):41–53. DOI: 10.1007/s11065-010-9154-6.
70. Yaffe K, Falvey CM, Hoang T. Connections between sleep and cognition in older adults. *Lancet Neurol.* 2014;13(10):1017–1028. DOI: 10.1016/S1474-4422(14)70172-3.
71. American Psychiatric Association. Online assessment measures. 2015. <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/online-assessment-measures/>.

Сведения об авторах

Савина Мария Александровна, доктор медицинских наук, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-0086-5704

E-mail: maria_savina@mail.ru

Шешенин Владимир Сергеевич, кандидат медицинских наук, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0003-3992-115X

E-mail: vlash2003@mail.ru

Абдуллина Екатерина Гаяровна, аспирант, факультет психологии, МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия. ORCID 0000-0002-7328-8397

E-mail: catherina.abdullina@gmail.com

Information about the authors

Maria A. Savina, PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.), FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-0086-5704

E-mail: maria_savina@mail.ru

Vladimir S. Sheshenin, Cand. of Sci. (Med.), MD, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0003-3992-115X

E-mail: vlash2003@mail.ru

Ekaterina G. Abdullina, Postgraduate, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-7328-8397

E-mail: catherina.abdullina@gmail.com

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Савина Мария Александровна/Maria A. Savina

E-mail: maria_savina@mail.ru

Дата поступления 01.10.2019
Received 01.10.2019

Дата рецензии 23.12.2019
Revised 23.12.2019

Дата принятия 22.01.2020
Accepted for publication 22.01.2020