



А.Е. Дубенко,  
Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
АМН Украины, г. Харьков;  
В.И. Коростий,  
Харьковский национальный медицинский университет

## Депрессия и деменция: коморбидность, дифференциальная диагностика и тактика ведения пациентов

**П**роблема сочетания деменции и депрессии привлекает внимание специалистов в области психиатрии и неврологии в связи с ее высокой частотой, а также возникающими на ее фоне диагностическими и терапевтическими трудностями.

Трудности в лечении депрессивных расстройств и деменции заключаются в специфике этой категории больных: сложность диагностики, пожилой возраст, наличие сопутствующей соматической патологии и необходимость одновременного применения различных лекарственных средств.

Задача этой публикации не только приблизиться к пониманию клинической сущности изучаемых расстройств, но и помочь преодолеть существующие разногласия в диагностических и терапевтических подходах.

Деменция – синдром, обусловленный органическим поражением головного мозга, характеризующийся нарушениями мнестической и других когнитивных функций, включая речь, ориентирование, абстрактное мышление, праксис. Эти нарушения должны быть выражены настолько, чтобы приводить к затруднениям в обыденной жизни и/или профессиональной деятельности. Часто деменция сопровождается эмоционально-аффективными расстройствами, однако уровень сознания остается неизменным вплоть до терминальной стадии процесса. Наличие деменции не всегда подразумевает необратимость дефекта, его прогрессирование, глобальное нарушение интеллектуальных функций или наличие

некой специфической причины когнитивных нарушений. Возникновение деменции обычно незаметное (за исключением посттравматических, postanоксических и постинсультных расстройств), течение часто прогрессирующее, хотя в некоторых случаях оно может быть стационарным и даже обратимым.

Частота встречаемости деменции увеличивается с возрастом: от 2% в популяции до 65 лет до 20% у лиц в возрасте 80 лет и старше. Среди лиц старше 65 лет примерно у 9% имеется легкая или умеренная деменция, у 5% – тяжелая. Нередко довольно трудно разграничить начальные стадии деменции и забывчивость при нормальном старении, неправильное решение этой проблемы приводит к гипердиагностике деменции у пожилых людей. Обусловленные возрастом когнитивные нарушения проявляются легкими нарушениями памяти и некоторым замедлением скорости психических процессов. При этом существенных ограничений в бытовой и профессиональной деятельности из-за когнитивных нарушений не происходит. Эти лица часто классифицируются как имеющие «доброкачественную старческую забывчивость» или «обусловленные возрастом нарушения памяти». Однако последующее наблюдение за ними нередко выявляет наличие прогрессирующей деменции. Поэтому данной категории больных показано динамическое наблюдение с повторным осмотром, обычно через 6-12 месяцев, что помогает объективно оценить когнитивные нарушения.

Среди психических заболеваний, встречающихся у лиц пожилого возраста, наиболее распространена депрессия. По данным метаанализа, распространенность клинически выраженной депрессии среди пациентов этой возрастной категории составляет 13,5% (Beekman et al., 1999).

Депрессия – психическое расстройство, характеризующееся стойким, патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой самого себя, своего будущего и часто прошлого, сопровождающееся искажением мыслительных процессов, двигательным торможением, снижением побуждений к деятельности, соматовегетативными дисфункциями.

В современной классификации (МКБ-10) основное значение придается вариантам течения депрессии: единственный депрессивный эпизод, рекуррентная депрессия, биполярное расстройство (смена депрессивных и маниакальных фаз), циклотимия, дистимия, а также степени их выраженности – легкая, умеренная, тяжелая депрессии. Центральное место в систематике занимает категория «депрессивный эпизод».

### Диагностические критерии депрессивного эпизода

Основные симптомы, позволяющие заподозрить наличие депрессии, следующие:

- значительное снижение настроения по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее 2 недель вне зависимости от ситуации;
- отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;
- снижение активности;
- повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы, которые не всегда указывают на присутствие депрессивного состояния, однако учитываются в комплексной диагностике:

- снижение работоспособности, концентрации внимания;
- чувство неуверенности в себе, снижение самооценки;
- ощущение вины и склонность к самоунижению (даже при легких депрессиях);
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи или действия, направленные на самоповреждение или самоубийство;
- нарушенный сон;
- нарушенный аппетит.

Необходимо отметить, что депрессия в настоящий момент остается наиболее часто встречающимся психическим расстройством, которое требует адекватной медикаментозной терапии. Крайне широкая распространенность депрессий приводит, с одной стороны, к недооценке ее роли в клинической картине различных заболеваний, в том числе и деменции, с другой – к гипердиагностике депрессий и неадекватному назначению антидепрессантов.

### Трудности диагностики депрессии у пожилых людей

При оценке наличия симптомов депрессии у лиц с когнитивными нарушениями использование субъективных шкал (шкала самооценки депрессии Цунга или опросник Бека) крайне затруднительно из-за невозможности адекватной интерпретации полученных результатов. Для определения наличия симптомов депрессии использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS). Клинический метод с использованием диагностических рабочих критериев депрессии при болезни Альцгеймера Национального института психического здоровья США и корнельской шкалы депрессии при деменции (CSDD) позволяет избежать неправильной оценки симптомов патологии. CSDD для решения задачи выявления депрессии у больных деменцией учитывает клинические наблюдения специалиста, а также информацию, получаемую от лица, осуществляющего уход, что обеспечивает ее независимость от степени когнитивной дисфункции больного. Кроме того, уменьшено количество симптомов, характерных для депрессии, которые могут быть проявлением клиники основного заболевания (из 19 пунктов CSDD только 7 направлены на идентификацию соматовегетативных симптомов). Пороговая сумма 6 и более баллов соответствует депрессии при деменции, а 13 и выше – большому депрессивному эпизоду.

У пациентов с выраженной депрессией при оценке когнитивных нарушений с использованием краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) исследователи нередко получали ложноположительные результаты, как бы подтверждая правильность термина «псевдодеменция» для определения депрессивного расстройства у пожилых больных. При ответе на вопросы пациенты нередко путаются, дают неправильные ответы, выполнение заданий затруднено из-за невозможности продолжительной концентрации внимания или неосознанного отношения к необходимости тестирования. Поэтому рациональным является сочетание двух или нескольких методов для оценки состояния когнитивных функций. В исследовании, описанном ниже, использовали MMSE и тест рисования часов, что позволяет более адекватно оценить состояния когнитивных функций у больных.

При этом необходимо отметить, что сочетание нескольких методик или усложнение имеющихся для адаптации их к пожилому пациенту также является большой проблемой при проведении психодиагностического исследования у геронтологических больных. Применение значительного количества методик утомляет пациентов, что, с одной стороны, может привести к получению ложноположительных результатов, а с другой – даже ухудшить клиническое состояние больного.

### Отличительные симптомы депрессии пожилого возраста

Особенности клинической картины депрессии у пациентов пожилого возраста проявляются видоизменением основных симптомов. У таких больных

Таблица 1. Клиническое сравнение проявления депрессий пожилого возраста и ранней БА (Green, 2005)

Характерная особенность	Депрессии пожилого возраста	Болезнь Альцгеймера без депрессии
Возраст дебюта	Обычно до или после 60 лет	Очень редко до 60 лет
Течение дебюта	Подострое или исподволь	Исподволь
Динамика симптомов	Периодическая флуктуация	Прогрессирующее ухудшение
Аффективный статус	Печаль или напряженность	Печаль, напряженность или благодушие
Жалобы на нарушения памяти	Почти всегда осознанные	Редко осознанные, чаще не отмечаются больными
Цикл сон/бодрствование	Часто нарушен	Иногда нарушен
Нарушения речи, праксиса и письма	Очень редко даже при тяжелой депрессии	Редко при легкой и часто при средней и тяжелой
Тестирование памяти	Обычно лучше субъективной оценки	Обычно хуже субъективной оценки
Ответ на применение антихолинэстеразных препаратов	Улучшения когнитивных функций не наступает	Иногда возможно некоторое когнитивных функций
Ответ на применение антидепрессантов	Высокая вероятность значительного улучшения	Иногда возможно незначительное улучшение настроения и поведения

практически отсутствуют жалобы на печаль и уныние, вместо таковых преобладают ипохондрические и соматические. Также беспокоит плохая память или клиническая картина, напоминающая деменцию (псевдодеменция). Относительно поздно появляется невротическая симптоматика (выраженная тревога, обсессивно-компульсивная или истерическая симптоматика). Частым признаком депрессии, особенно в пожилом возрасте, является апатия и низкий уровень мотивации.

Симптомы, которые трудно интерпретировать из-за сопутствующих соматических заболеваний: анорексия, уменьшение массы тела, астения, снижение повседневной активности.

Кроме того, нельзя не учитывать наличие у больных неврологического дефицита – парезов, параличей, афазии, подкорковой симптоматики и т. п., которые могут не только затруднять выполнение пациентами тех или иных тестов, но и влиять на интерпретацию данных тестирования.

### Дифференциальный диагноз

Диагностика типичного депрессивного состояния у пожилых пациентов в большинстве случаев не представляет больших трудностей. В жалобах больных обычно доминируют общая подавленность, мрачные размышления, чувство тревоги, упадок физических сил, расстройства сна, вегетативные нарушения в виде диффузных патологических ощущений или мучительных расстройств функций отдельных органов. При наблюдении пациента отмечаются маловыразительная мимика, облик, отражающий бессилие и усталость, монотонно-приглушенный голос и тревожное беспокойство.

Между тем клиницисты нередко недооценивают тот факт, что депрессия может скрываться за соматическими жалобами. Такие больные фиксируют внимание на соматических проявлениях депрессивного синдрома – утрате аппетита, запорах, потере массы тела, утомляемости, головных болях, болях в спине и других частях тела и т. п. При этом они могут отрицать или резко преуменьшать степень выраженности собственно аффективных нарушений. Такое поведение пациентов Goldberg и Blackwill (1970) обозначили как «сокрытие психической патологии».

В этих случаях при диагностике депрессий приходится ориентироваться на уже отмеченные особенности психомоторики и свойственные депрессии изменения физиологических функций.

Вместе с тем при диагностике поздних депрессий возникают трудности, характерные для геронтологии, неврологии и психиатрии пожилого человека в целом. К их числу относятся:

- сложность разграничения депрессии, являющейся синдромом психического заболевания, от проявлений физиологической печали, представляющих собой соразмерный ответ на неблагоприятные жизненные события, которые сопутствуют старению (утрата близких людей, социальная неустроенность и др.);
- трудности, связанные с дифференцировкой соматических проявлений депрессии от собственно соматической патологии;
- необходимость решения вопроса о первичности или вторичности депрессии по отношению к биологическим и психологическим последствиям хронического соматического заболевания;
- учет «недифференцированности» психопатологических симптомов в глубокой старости при разграничении симптомов депрессии от проявлений начинающейся деменции.

В тех случаях, когда затруднена дифференциация депрессии и начинающейся деменции, установлению диагноза помогают анализ особенностей начала болезни и ее развития, ретроспективная оценка анамнеза больного, данные нейропсихологического обследования и установление неврологических проявлений заболевания. Значительную помощь в этом случае оказывает применение адекватных методов нейровизуализации.

Важно отметить целый ряд причин, в связи с которыми столь пристальное рассмотрение дифференциальной диагностики деменции и депрессии является актуальным для клинической практики. По мнению клиницистов, которые преимущественно сталкиваются с более молодыми пациентами, проведение дифференциальной диагностики этих двух состояний не представляется сложным, а зачастую в ней просто нет необходимости. В то же время у пожилых больных нарушения памяти и процессов мышления

Таблица 2. Характерные признаки, используемые для дифференциации депрессии и деменции

	Депрессия	Деменция
Начало заболевания	Более острое	Медленное, постепенное
Память	Кратко- и долговременная память не поражены	Кратко- и долговременная память ухудшаются
Речь	Без изменений	Снижение разговорных способностей
Мышление	Снижение способности думать и принимать решения	Снижение способности думать и принимать решения
Концентрация	Ухудшается	Относительно нормальная
Ориентация	Хорошая	Ухудшается
Настроение	Относительно стабильное: грустное, виноватое, суицидальное, чувство ненужности, потеря интереса, проблемы со сном	Колебания настроения, эмоционально нестабильные
Галлюцинации	Нет	Редкие и позже проявляются

сопровождают депрессию, а нередко являются ее ведущими симптомами.

Именно этим обусловлена терминология, определяющая депрессивные расстройства у пожилых пациентов, – «псевдодеменция», «связанная с депрессией когнитивная дисфункция». Преобладание же подобной симптоматики у пожилых больных с депрессией нередко определяет все лечебные мероприятия, направленные на лечение деменции.

Кроме того, необходимо отметить, что у лиц с деменцией в 30-50% встречаются различные симптомы, которые можно расценивать как симптомы депрессии даже при отсутствии минимально значимой депрессии – нарушение сна, заторможенность, которую принимают за аналогию замедления моторной реакции, темпа мышления, колебания настроения, принимаемые за дистимии.

В таблице 1 представлено клиническое сравнение проявления депрессий пожилого возраста и ранней болезни Альцгеймера (БА).

Как видно из представленных данных, оба заболевания обычно дебютируют после 60 лет, чаще исподволь, хотя течение депрессии может быть и подострым. Аффективный статус у больных крайне сходен, хотя течение болезни несколько различается – у лиц с депрессией чаще наблюдается лабильность симптоматики, в то время как при БА имеет место прогрессирующее ухудшение. При этом необходимо отметить, что у больных сосудистой деменцией также может наблюдаться колебание выраженности симптомов, хотя менее выраженное, чем у пациентов с депрессией. Как лица с легкими и умеренными когнитивными нарушениями, так и больные депрессивными расстройствами в пожилом возрасте отмечают нарушения памяти значительно более осознанно, чем пациенты с выраженной деменцией. Нарушение цикла сон/бодрствование встречается при обоих расстройствах, однако у больных депрессией значительно чаще. Наличие или отсутствие нарушения речи, праксиса и письма может служить одним из дифференциальных диагностических примеров, поскольку у лиц с депрессией они встречаются крайне редко даже при тяжелой депрессии, а у пациентов с деменцией обычно отмечаются при средней и тяжелой стадиях депрессии.

Зачастую при тестировании памяти у больных депрессией получают данные, которые превосходят субъективную оценку самим пациентом, а у лиц с деменцией результаты хуже субъективной оценки больного.

Несмотря на то, что при дифференциальной диагностике данных состояний терапия *ex juvantibus* недопустима, необходимо помнить, что улучшение состояния, в том числе и когнитивных функций, свидетельствует в пользу депрессивного расстройства.

При проведении дифференциальной диагностики депрессии и деменции у пожилых больных всегда необходимо помнить о высокой частоте коморбидности этих расстройств.

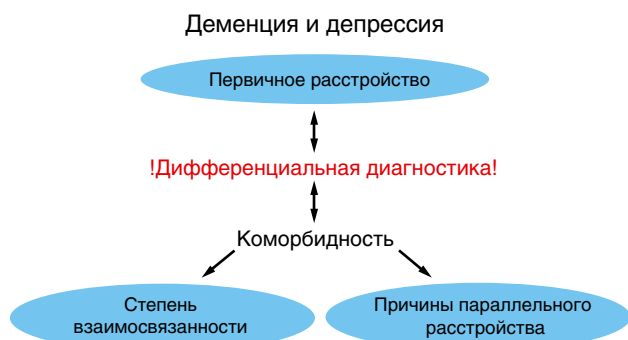
В таблице 2 отображен еще один вариант сравнительной характеристики депрессий и деменций.

Как видно из представленных данных, течение заболевания и особенности поведения несколько различны у лиц пожилого возраста с депрессией и деменцией, однако эти различия характерны только для начала заболевания и без коморбидности одной патологии с другой. Учет представленных клинических различий позволяет проводить дифференциальную диагностику деменций и депрессий у пожилых больных и облегчает выбор адекватных психодиагностических методик с учетом данных клинического, неврологического и психиатрического обследования.

### Результаты наблюдений

Был обследован 231 больной в возрасте 70 лет и старше с нарушениями когнитивных функций различной степени. По результатам исследования, было выявлено наличие синдрома умеренных когнитивных нарушений у 118 больных, однозначно доказанные симптомы деменции – у 113. Все больные с расхождением данных MMSE и теста рисования часов были отнесены в группу с умеренными когнитивными нарушениями (11 наблюдений). У всех пациентов имело место формирование деменции альцгеймеровского типа с диагнозами БА, сосудистой деменции или их сочетания.

Депрессивные расстройства обнаружили у 88 пациентов. У лиц с синдромом умеренных когнитивных нарушений преобладали депрессивные нарушения легкой и средней степени тяжести. В этой группе наряду с признаками, характеризующими депрессию



**Рис. 1. Алгоритм дифференциальной диагностики деменции и депрессии**

у пациентов с деменциями, наблюдались также психогенные и нозогенные реакции.

В зависимости от психопатологической структуры синдрома депрессии в исследовании были выделены пять основных клинических типов: тревожная, ипохондрическая, апатическая, тоскливая и психотическая депрессия с бредом.

При анализе возможных патогенетических механизмов развития депрессивных расстройств при БА были выделены три варианта их формирования:

- депрессии, обусловленные преимущественно реактивно-ситуационными механизмами (38,5%);
- возникающие спонтанно, то есть независимо от связи с психотравмирующими факторами (27,7%);
- промежуточные между этими двумя вариантами депрессивных расстройств (33,8%), при которых наряду с реактивно-ситуационным содержанием переживаний часто присутствовали четко выраженный аффект тоски или тревоги, первичное чувство вины, характерный циркадный ритм с ослаблением симптомов депрессии ближе к вечеру, идеаторная и моторная заторможенность.

Особенности депрессии и деменции при БА или сосудистой деменции представлены далее.

1. Депрессивные расстройства чаще выявляются у пациентов, у которых в последующем развивается деменция.

2. Клиническая картина депрессии при БА или сосудистой деменции может протекать с атипичными проявлениями, а ряд симптомов деменции – ошибочно квалифицирован как проявление депрессивного расстройства.

3. В ряде случаев у лиц с начальными проявлениями деменции можно установить психогенный (нозогенный) характер депрессии. В подавляющем большинстве случаев предположительны биологические патогенетические связи БА и депрессии.

### Рекомендации по ведению пациентов с коморбидной патологией

Собственные наблюдения и анализ источников литературы позволили определить принципы диагностики и терапии для этой категории пациентов.

При оценке состояния больного пожилого возраста с когнитивным дефицитом следует помнить о схожести клинической картины деменции и депрессии. Поэтому



**Рис. 2. Алгоритм ведения пациентов с коморбидной патологией** необходимо начинать с дифференциальной диагностики этих состояний (рис. 1).

При этом существуют сложности в использовании нейропсихологических и психодиагностических инструментов для проведения дифференциальной диагностики, что требует применения специализированных методик (CSDD) или сочетания нескольких методик или шкал (MMSE и теста рисования часов) для исключения ложноположительного или ложноотрицательного результата.

Только после тщательной дифференциальной диагностики можно говорить о наличии у пациента сочетания деменции и депрессивного расстройства. Учитывая тот факт, что дебют как деменции, так и депрессии у пожилых людей обычно принимается за проявление «старости», и больные (или их родственники) обращаются за медицинской помощью по истечении довольно продолжительного срока после начала заболевания, утверждать, какое из этих двух расстройств является у конкретного пациента первичным, зачастую невозможно. По мнению авторов некоторых исследований, целесообразнее выявить у больного доминирующее расстройство, которое определяет тяжесть клинической картины патологии на данный момент.

При этом возможны те же сложности, что и при дифференциальной диагностике деменции и депрессии: когнитивные признаки могут быть обусловлены депрессивной симптоматикой, а те или иные показатели деменции принимают за проявление депрессии. Эта ситуация усложняется тем, что обе патологии у больного уже определены. Поэтому требования к психодиагностическому инструментарию для выполнения этой задачи еще больше

возрастают. Если у пациента удастся четко определить, какая именно патология преобладает в клинической картине заболевания, следует начинать с лечения доминирующего расстройства. Если таковую определить невозможно, назначают параллельную терапию деменции и депрессии.

Следующим этапом должен стать анализ сопутствующей терапии больного с целью исключения из нее препаратов, ухудшающих когнитивное функционирование. В случае если нельзя полностью исключить такие медикаменты, их количество следует минимизировать. Кроме того, по возможности необходимо уменьшить степень полипрагмазии у таких пациентов. Для оставшихся препаратов целесообразно учитывать фармакокинетические взаимодействия с антидепрессантами и средствами для лечения деменции.

Пациенты указанных категорий требуют дальнейшего диагностического наблюдения за состоянием когнитивных функций и степени выраженности депрессивных симптомов, что позволит адекватно корректировать дальнейшую терапевтическую тактику. Алгоритм ведения пациентов представлен на рисунке 2.

Важно отметить, что изменение настроения при деменции не всегда является прямым результатом заболеваний головного мозга. Так, агрессивное поведение пациентов может быть связано с конфликтной ситуацией в семье. К сожалению, нередко родственники больного, не понимая сущности заболевания, начинают обвинять его в его забывчивости, позволяют себе недопустимые шутки или пытаются вновь «научить» его утерянным навыкам. Естественным результатом подобных мер является раздражение пациента и семейные конфликты, развитие депрессии. Поэтому наряду с медикаментозным лечением необходимо активно проводить разъяснительную работу, использовать методы поведенческой и когнитивной психотерапии.

Снижение когнитивных, аффективных и поведенческих функций у лиц с деменцией может также развиваться на фоне сопутствующих заболеваний. Об этом следует помнить в первую очередь, если такое ухудшение развивается остро или подостро.

## Выводы

Методы заместительной патогенетической терапии позволяют добиться клинически значимого улучшения или стабилизации симптомов при основных нозологических формах деменции, таких как БА, деменция с тельцами Леви и сосудистая деменция.

Депрессия отмечается в основном на ранних стадиях заболеваний, приводящих к деменции; по мере прогрессирования процесса, сопровождающегося углублением когнитивных функций, депрессия встречается значительно реже или ее проявления незначительны. Своевременное выявление депрессивного расстройства с последующей терапией антидепрессантами с минимальной поведенческой токсичностью позволяет существенно улучшить состояние пациентов, в ряде случаев даже с пересмотром степени тяжести когнитивного дефицита.

Для выбора тактики ведения лиц с коморбидной деменцией и депрессией мы предлагаем концепцию «доминирующего синдрома». На основании комплексного клинического психодиагностического и нейропсихологического исследования проводится не только выявление когнитивных и депрессивных нарушений, но также их количественная и качественная оценка с последующей дифференцированной терапией. Применение предлагаемого подхода к лечению позволяет сократить время подбора схемы терапии, не дожидаясь в некоторых случаях диагноза *ex juvantibus* у первичных больных, а также избежать замедления процесса диагностики коморбидного расстройства, развивающегося на фоне лечения.

