

98. № 2. С. 34-39.
31. Рощина И.Ф., Гаврилова С.И., Федорова Я.Б. Нейропсихологическая структура и прогноз синдрома мягкого когнитивного снижения в позднем возрасте // Психиатрия. 2007. № 2. С.42-49.
 32. Рубинштейн С.Я. Исследования распада навыков и психических больных позднего возраста / Вопросы экспериментальной психологии. Под ред. Б.В. Зейгарник. М.,1965.
 33. Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф., Гаврилова С.И., Федорова Я.Б., Гантман М.В., Каравайцева Г.И., Кунижева С.С., Рогаев Е.И. Психические нарушения когнитивного и некогнитивного спектра у родственников 1 степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, т.112, 10, 2012, стр. 8-13
 34. Сурнов К.Г., Балашова Е.Ю., Ковязина М.С., Портнова Г.В. Часы как предмет культуры: попытка психологического анализа // Вопросы психологии. 2007. № 3. С. 99-105.
 35. Фролькис В.В. Природа старения. М., 1969.
 34. Фролькис В.В. Регулирование, приспособление и старение. Л., 1970.
 35. Фролькис В.В. Старение и увеличение продолжительности жизни. Л., 1988.
 36. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. М., 1996.
 37. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М., 1977.
 38. Штернберг Э.Я. Клиника деменций пресенильного возраста. Л., 1967.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕМЕНЦИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Н.М. Михайлова

Этические аспекты деменций позднего возраста приобретают все большую значимость с возрастанием общественного внимания к этой патологии, частота которой среди населения старших возрастных групп неуклонно растет. Ожидается значительный прирост числа больных деменцией к середине столетия и возрастание глобального бремени болезни Альцгеймера (БА) в мире [8]. Неоднозначные ситуации, постоянно возникающие в практической медицине как порождение прогресса биологической науки и медицинского знания, требуют постоянного обсуждения, как в медицинском сообществе, так и среди широкой общественности. Не касаясь философской направленности биоэтики и специальных разработок медицинской психологии, представляется целесообразным рассмотреть в ракурсе биомедицинской этики клинические ситуации, связанные с проявлениями деменции у пожилых и стариков.

Биомедицинская этика, предметом которой выступает нравственное отношение общества в целом и профессионалов – медиков и биологов в особенности – к человеку, его жизни, здоровью, смерти, представляет собой

систематическое исследование человеческого поведения в свете моральных ценностей и принципов. Являясь системным ответом на так называемые «проблемные» ситуации этико-правового характера, объективно возникающие под влиянием научно-технического прогресса в экологии, биологии и медицине, - в частности, в современной клинической практике, - биоэтика определяет, какие действия по отношению к живому с моральной точки зрения допустимы, а какие недопустимы.

Примечательно, что основные положения биоэтики и сам термин были выдвинуты американским онкологом – химиотерапевтом В. Р. Поттером в отношении, прежде всего, клинических ситуаций «на грани жизни и смерти», преимущественно в условиях применения новейших медицинских технологий. В отечественной медицине разработка этических принципов принадлежит также онкологу Н.Н.Петрову, создателю не только отечественной онкологии, но и трудов по медицинской деонтологии, то есть учения о врачебном долге. Обращает на себя внимание то, что на современном этапе развития биоэтики ведущие позиции в отечественной науке занимают психиатр и философ А.Я.Иванюшкин, невролог и философ Михаловска-Карлова Е.П., которым принадлежат научные разработки в этой области [1,2,]. В настоящее время наблюдается уверенное становление этого самостоятельного раздела биомедицинской этики в целом и в отдельных областях медицинского знания, психиатрии, в частности.

Анализ этических проблем психиатрии осложняется различиями больных по глубине и степени выраженности психических нарушений, интеллектуальному уровню, сохранности критики, возможности понимать значение своих действий и контролировать их, способности к волеизъявлению, выражению и защите своих интересов [1]. Поэтому в зависимости от состояния пациента может применяться *патерналистская* либо *автономная* модели отношений, предусматривается возможность/необходимость применения к больным прямого или косвенного *принуждения (ослабленный патернализм)*. Сегодня госпитализация больного по решению врача-психиатра без согласия его или родственников производится только в том случае, если больной представляет непосредственную опасность для себя или окружающих. Вместе с тем добровольность лечения и право больного на отказ от него содержит серьезные противоречия. Приоритетом здесь должно быть

оказание медицинской помощи пациентам (с соблюдением их гражданских прав) и только во вторую очередь – изоляция тех больных, которые представляют опасность. Этим обусловлено более строгое этическое регулирование деятельности психиатров, чем врачей других специальностей. Одним из способов такой регуляции является *этический кодекс профессионального поведения психиатров*, регулирующий характер и границы отношений между психиатром и пациентом, его родственниками, средствами массовой информации, обществом.

Хотя еще в 2001 году МЗ РФ была принята Программа по биоэтике, в отечественной науке и медицинской практике основные положения биоэтики деменций вряд ли можно считать достаточно разработанными. Скорее круг этических проблем деменций позднего возраста только очерчен [3]. Переходя к их рассмотрению, невозможно обойти стороной **этические проблемы геронтологии**, медицинской дисциплины, занимающейся особенностями диагностики, лечения и профилактики болезней у лиц пожилого возраста. Актуальность этих проблем обусловлена тем, что в пожилом возрасте большинство заболеваний не поддается радикальному излечению, а эффект терапии заключается только в продлении жизни и сохранении ее качества. К ним относятся психические расстройства, болезни сердечнососудистой системы и опухоли. Целый ряд этических проблем встает не только перед врачом, но и перед членами семьи и ухаживающими лицами. Тяжелые формы заболеваний в случае неблагоприятного их прогноза ставят перед врачом проблему сообщения пациенту диагноза и ожидаемой продолжительности жизни. Большинство специалистов склоняются к сообщению пациенту правдивой информации. Лечение заболеваний в пожилом возрасте в некоторых случаях приводит только к удлинению продолжительности жизни, но не улучшению ее качества. Серьезной проблемой является справедливое распределение ресурсов на лечение различных заболеваний и групп больных. В условиях дефицита ресурсов пожилые пациенты находятся в невыгодной ситуации. Скрытыми формами дискриминации пожилых пациентов является отказ им в госпитализации и назначении им дорогих методов лечения. Между тем проблема справедливости в здравоохранении, прежде всего доступности высококачественной медицинской помощи, достижений современной биомедицинской науки является в настоящее время приоритетной

проблемой в биоэтике [1]. Все названные проблемные ситуации являются моральными дилеммами, т. е. допускают альтернативные морально оправдываемые решения.

Переходя к рассмотрению конкретных клинических ситуаций, в которых этический императив обусловлен проявлениями деменции во всем спектре когнитивных и поведенческих расстройств, следует отметить, что в докладе ВОЗ «Деменция 2012» [8] вопросам этики посвящена отдельная глава. Защита прав лиц, страдающих деменцией, рассматривается в числе первоочередных задач медицинского сообщества и общества в целом. Подчеркивается, что больные деменцией и ухаживающие лица обладают теми же правами человека, как и любые другие люди.

Конвенция ООН по правам лиц с инвалидностью обязывает государства обеспечивать полное осуществление всех прав человека и фундаментальных свобод всем лицам с инвалидностью и соблюдение уважения их человеческого достоинства. Рассмотрение этических аспектов деменции часто сосредоточено на таких «больших» проблемах как отказ от лечения и принятие решения о конце жизни. В то время как эти вопросы очень важны, существуют еще и другие проблемные этические ситуации, которые возникают в ходе обычного повседневного ухода и которые обычно игнорируются [10, 11].

К числу этических проблем, требующих широкого внимания общества, относят следующие: преодоление стигмы, что предполагает применение стратегий по улучшению знаний и понимания в обществе проблемы деменции и признанию ценности работы ухаживающих лиц, принятие лиц с деменцией как видимой части общества; ресурсное обеспечение; включение лиц с деменцией в жизнь общества (право жить в обществе и пользоваться здравоохранением, социальной и другими видами поддержки); необходимость проведения научных исследований (обеспечение финансирования, соблюдение процедуры согласия), что может в результате привести к уменьшению заболеваемости и улучшению качества жизни лиц с деменцией. Структурируя категории этических проблем при БА и других деменциях позднего возраста, St.T. DeKosky [6, 7] выделяет в качестве основных следующие: моральные, культуральные и социально-политические вопросы; уважение к личности и признание самостоятельности;

правдивость диагностической информации; роль биомаркеров в подтверждении диагноза, ранней диагностике, оценке риска у нормальных лиц. Автор утверждает в качестве основного принципа поддержку уважения к лицам с БА, составляющей большинство случаев деменции, и другими расстройствами, включающими потерю Я («глубоко слабоумным»), и считает ответственность в отношении глубоко слабоумных всеобщей - и семьи, и общества, и правительств. Специальное внимание привлекается к предоставлению отдыха ухаживающим лицам (с учетом роста частоты заболеваний и смертности среди них). Автор обращает внимание на культивирование специалистами по этике «культуры принятия» по принципу «стакан наполовину полный», то есть позитивно оценивается еще сохранившееся, не оплакивая утерянное.

Этические проблемы возникают на протяжении всего периода (траектории) жизни человека с деменцией, начиная с момента постановки диагноза деменции. С этого времени перед лицом клиницистов, пациентов, членов семьи, ухаживающих лиц и исследователей встает множество этических вопросов, которые варьируются в зависимости от стадии заболевания и тяжести проявлений [14]. Некоторые ядерные этические вопросы рассматриваются в том порядке, как они возникают в течение болезни. На ранних стадиях это вопрос границ признания самостоятельности пациентов (направление для более определенного диагностического тестирования, действия психиатра, когда пациенты требуют генетического обследования, границы обсуждения с пациентом тяжелых исходов при фиксации заранее даваемых распоряжений). На средней и поздней стадии болезни основной конфликт возникает между максимальным сохранением самостоятельности пациентов и патерналистскими попытками защитить их. Это включает поведение и действия против воли пациентов, сообщение информации, которая может быть непереносимой, особенно на поздних стадиях, когда приходится лгать во избежание психологического стресса. При приближении смерти возникает проблема пределов поддержания жизни. То есть основная тенденция поддержания самостоятельности наиболее полно и как можно дольше определяет этическую обоснованность вмешательства в одно время и становится противоречивой, когда состояние ухудшается. Психиатр тогда пользуется собственными этическими представлениями [10]. Сталкиваясь с этими или

другими этическими проблемами, считается важным понимать, что с течением болезни для пациентов становятся все более значимыми отношения с родными, а не утрата собственных когнитивных способностей [11].

Установление диагноза и сообщение его пациентам и членам семьи. Как известно, диагноз БА устанавливается со всей определенностью посмертно, но в будущем это может измениться. Нейровизуализация позволяет видеть амилоидные бляшки при жизни, однако накопление бляшек имеет место только на поздней стадии. Этическим императивом процедуры клинической диагностики признается право пациента на максимально возможное уточнение диагноза [10]. Первоначально исключаются другие состояния со сходными симптомами, нередко обратимые, при этом одинаково важно стремиться снизить риск как ложнопозитивных, так и ложнонегативных результатов. Первый и важнейший клинический и этический долг психиатра или врача исключить возможность того, что он имеет дело с проявлениями нормального старения или относительно доброкачественными и излечимыми заболеваниями [16]. Когда пациент впервые жалуется на память, психиатр должен быть насторожен в отношении БА. Полагают, что должно проводиться ежегодное тестирование лиц старше 65 лет и более молодых с семейной отягощенностью.

Одна из основных этических проблем – это степень полноты информации о риске БА [10]. Утверждается, что ответ должен быть правдивым, но проблема состоит в том, чтобы убедить пройти тестирование и повторять его в дальнейшем. Еще недавно медицина мало что могла предложить пациентам с БА. Есть опасения, что пациент, узнав о возможности БА, может лишиться себя жизни. Психиатры считают, что избегание суицида важнее, чем поддержание самостоятельности. В реальности требуется балансирование между этими подходами. Хотя суицидальные реакции исключительно редки, риск суицида сегодня еще существует и должен рассматриваться, особенно у лиц с высоким образованием, сохранностью критики и признанием отсутствия улучшения на терапии, даже когда депрессия и другие факторы риска отсутствуют. В противовес этим взглядам, два аргумента говорят в пользу продолжения тестирования. Первый касается более раннего применения лекарств и психологического вмешательства. Хотя раннее вмешательство не изменяет

окончательный исход болезни, но оно может замедлить процесс. Второй – редкость депрессивных реакций на сообщение диагноза. Это позволяет решать другие этические вопросы – генетическое тестирование и обсуждение заранее даваемых распоряжений. Признается только одно этическое исключение – когда пациенты не хотят узнавать эту информацию и упорствуют в этом. Психиатр, по мнению автора, должен принимать эту позицию, уважая независимость пациента и даже осознавая, что отсутствие информации у пациента может быть вредоносным, но обязан предупредить о риске недостаточного обследования, имея в виду вероятность того, что пациенты вернуться в последующем, позже. Еще одна этическая проблема диагностики, в представлении исследователя, состоит в предоставлении возможности тестирования всем или только желающим. Считается, что соблюдение принципа равных возможностей, право на выбор поддерживает самоуважение. Поступая таким образом, психиатры парадоксальным образом не только более широко поддерживают чувство собственного достоинства пациентов, но одновременно улучшают качество помощи. В настоящее время существует большое разнообразие способов сообщения диагноза профессионалами с учетом способности понимания и/или удержания информации, психологического влияния и терапевтического нигилизма. Согласно взглядам автора, этический процесс сообщения диагноза должен принимать во внимание уровень понимания, биографию, верования, психологическое состояние и желание узнать диагноз. Необходимо учитывать состав семьи и уровень ее вовлечения в уход, обеспечивать возможность обсуждения опций лечения и поддержки, так же как планирования будущего, включая финансовые, юридические и вопросы ухода, обеспечить возможность последующего наблюдения, включая психологическую поддержку при необходимости.

Этическая проблема сообщения пациенту его диагноза имеет два аспекта – раскрытие диагноза или правдивость информации и переживания человека с диагнозом деменции. Отмечается, что деменция не всегда является пациент-центрированной проблемой в отношении раскрытия диагноза [15]. Врачи и родственники не всегда ясно и прямо раскрывают диагноз. Считается, что негативные последствия раскрытия диагноза (депрессия, суицидальные

тенденции) не являются характерными в этих случаях. Обсуждаются позитивные моменты, включая представление о когнитивных нарушениях как о симптомах болезни, а не следствии возрастных изменений, а также возможность планирования лечения и последующей жизни. По аналогии с онкологическими больными утверждается, что пациент имеет право на знание диагноза. Диагноз должен обсуждаться многократно, не только для облегчения стратегий копинга, но и для решения практических вопросов.

Как показали результаты специально проведенного исследования [17] из 233 ухаживающих членов семьи (средний возраст 60 лет, образование 13 лет, женщин 64%, супруги 48% и дети 45%), все участники (100%) хотели знать диагноз, но 58% не хотели, чтобы врач сообщал диагноз их больному родственнику. При этом 96% хотели бы знать диагноз, если бы у них самих развилась деменция, а 66% хотели бы знать диагноз с самого начала, чтобы успеть разработать стратегии управления ситуацией (юридические, этические и финансовые и др.). Авторы подчеркивают, что сообщение диагноза должно сопровождаться консультированием и оказанием поддержки, так же как информацией о полезных контактах с альцгеймеровскими организациями. Это дает возможность планирования на период инвалидности, помогает определить предпочтения пациентов в отношении лечения и участия в исследованиях, облегчает доступ к службам помощи и поддержки. Однако это должно происходить в обстановке учреждения поддержки при наличии достаточного времени для ответов на вопросы и коррекции эмоциональных реакций. Всестороннее обсуждение разных проблем лечения, течения болезни, природы заболевания и доступности разных форм поддержки, которая понадобится в будущем и даже обсуждения распоряжений по поводу поддержания жизни в терминальной стадии. С другой стороны, сообщение определенного диагноза и его последствий может привести к значительному дискомфорту и для пациента и для семьи, и эти вопросы должны подниматься постепенно при последующих визитах или обсуждаться только с ответственным за пациента членом семьи [18].

Этические аспекты установления диагноза деменции и его раскрытия теснейшим образом связаны с проблемой **стигмы**. По данным исследований ВОЗ [8] стигма как результат неосведомленности о природе деменции превалирует в

большинстве стран и касается как общества в целом, так и самих пациентов, членов их семей и даже работников служб здравоохранения и социальной помощи. В 25 из 30 стран стигма деменции негативная, в 10-ти – объяснения касались того, что лица с деменцией изолированы или прячутся из-за стыда или опасений, что симптомы будут замечены другими. Непонимание природы заболевания приводит к страху развития деменции. Представление о том, что ничего нельзя сделать, ведет к чувству безнадежности, которое может повлиять на благополучие людей. Стигма и дискриминация распространяются на ухаживающих членов семьи и становятся причиной избегания общения. Этот страх за здоровье стоит на втором месте после страха ракового заболевания. Он усиливается негативными или неопределенными обозначениями в названии. Стоит упомянуть о том, что в Японии правительство официально изменило обозначение деменции на когнитивное заболевание. В Национальной программе Франции по болезни Альцгеймера на 2008-2012 г.г. особое место занимает развитие инициатив по преодолению стигмы, окружающей больных, страдающих деменцией, их друзей и родных, особенно в отношении продвижения знаний о ранней и умеренной стадиях болезни [5]. Стигма деменции постоянно является предметом изучения в исследованиях Международной Альцгеймеровской Ассоциации [19], включая изучение критики у пациентов и ухаживающих лиц, попытки рассмотрения различных аспектов стигмы и поиск способов преодоления стигмы. Стигма рассматривается как один из основных барьеров для понимания болезни, обращения за помощью, получения диагноза и доступа к службам помощи. Это закрывает пути открытого обсуждения болезни и заставляет врачей думать, что они ничего не могут предложить.

Этические аспекты развернутой стадии деменции. Множество этических вопросов возникает как повседневно, так и в особых ситуациях на протяжении деменции. Они включают, но не ограничиваются следующими моментами [10, 11]:

- балансирование между конфиденциальностью в отношении больного и информированием членов семьи (в том числе в отношении диагноза);
- балансирование между прежними взглядами и ценностями пациента и настоящими взглядами, включая роль поддержки принятия решения;

- балансирование между безопасностью и соблюдением свободы;
- использование вспомогательных технологий (часто баланс между безопасностью и приватностью);
- принятие решения о конце жизни, включая отказ от продолжения поддержания жизни и паллиативной помощи в отсутствие данных ранее распоряжений.

Подчеркивается, что эти установки должны отвечать высоким стандартам этики, но быть гибкими и чувствительными в специфических ситуациях. Этические принципы, признающие фундаментальные права человека, предполагают равную доступность ресурсов и помощи для всех членов общества, независимо от их социального положения, культуральной и географической принадлежности [1,10].

Со временем пациенты утрачивают способность самостоятельно принимать решения. На стадии умеренной деменции утрачиваются права вождения, этически правильным считается использование стандартизированного алгоритма оценки при лишении лицензии на вождение [14]. Этические аспекты на этой стадии болезни могут в большей степени касаться поведения родных, прибегающих к «мягкой» лжи или даже прямому обману. Отдается предпочтение соблюдению спокойствия больного, чем достижению правды, например, при многократном повторении одного и того же вопроса или при неузнавании близких. К таким же приемам «святой лжи» относят сокрытие или сообщение в последний момент о событии, которого пациент побаивается (посещение врача, помещение в отделение по уходу). Всякое отделение от близких, нарушение единения рассматривается как стресс и, напротив, поддержание общения и взаимодействия является позитивным, что, по данным аутопсии, патогенетически обосновано побуждением альтернативных мозговых механизмов в качестве компенсации дефицитов.

Как отмечал еще М. Roth [16], на ранней и средней стадии болезни этические, медицинские и психологические проблемы встают перед лицами, ответственными за больных, в парадоксальном и проблемном для решения виде. Для некоторых родственников продолжающаяся жизнь с любимой матерью, отцом или супругом сохраняет свою ценность. Пока они находятся под влиянием

представлений о прежней значимости близкого человека, у них вызывает удивление необходимость или желательность лечения на ранних стадиях БА. Смерть для них это враг, с которым надо бороться, пока все индивидуальные следы личности и психической жизни не сотрутся. Эти чувства должны восприниматься с уважением и значением.

Обсуждение этических проблем терапии касается того, что современные симптоматические средства – ингибиторы холинэстеразы и мемантин – относительно просты в употреблении, но их доступность ограничена во многих странах по экономическим соображениям или вследствие терапевтического нигилизма. Хотя их эффект умеренный, они влияют на дизайн протоколов испытания новых лекарственных средств, поскольку применение плацебо в клинических исследованиях на пациентах с установленным диагнозом редко разрешается за пределами 3-х месяцев [14]. Мнения психиатров могут различаться в отношении того, должны ли психиатры назначать антипсихотики больным деменцией. Считается, что эти препараты увеличивают риск серьезных нежелательных явлений или даже смерти, однако они могут эффективно ослабить возбуждение и агрессию, что облегчает контакт с ухаживающими лицами, которые дольше смогут обеспечивать уход в домашних условиях. Необходимо информировать об этом назначении и пациентов, и членов семьи. Даже если пациент недопонимает, важно проявить уважение привлечением его к обсуждению [11]. Вместе с тем подчеркивается, что позиция врача должна быть очень гибкой, допускать исключения. Это касается, в частности, назначения антиандрогенов при сексуальной расторможенности. Этичным считается в первую очередь испробовать поведенческое вмешательство и только потом выписать антиандрогены.

Меры физического стеснения еще широко используются на стадии умеренной и тяжелой деменции, но альтернативные нефармакологические виды терапии и программы обучения ухаживающих лиц еще не оценены в рандомизированных исследованиях [14]. Поведение больных деменцией может быть стрессогенным для окружающих и для них самих. Установки по этике ухода за больными БА опираются на изменение социально-средовой обстановки и поддержание деятельности для сохранения независимости и самоутверждения,

например, создание безопасных зон для стереотипного движения или блуждания. Этически обосновывается запрет на меры стеснения как механические, так и химические [18].

В аспекте этики обсуждается вопрос, должны ли психиатры поощрять упражнения по когнитивной стимуляции при БА. Считается, что нужно сопоставлять их пользу и риски, под последними имеют в виду заниженную самооценку, утрату самоуважения при ошибках, иногда опасения разочаровать близких, то есть всегда надо учитывать влияние на взаимоотношения с близкими. Оптимизация этой ситуации с этической точки зрения предполагает совместное выполнение этих упражнений, решение кроссвордов, составление пазлов [11].

Этические дилеммы на поздних стадиях болезни. Этические проблемы терминальной стадии деменции обсуждаются чаще всего и в наибольшем объеме. Более четверти века назад современный классик геронтопсихиатрии М. Roth посвятил специальную работу этой проблеме [16]. Это произошло вслед за принятием в Дании закона, регулирующего проведение эвтаназии. Признавая, что желание клинициста вылечить или облегчить болезнь и страдание и переживание сострадания могут быть ослаблены шаг за шагом аргументами целесообразности, исследователь отмечает, что большинство пациентов с БА в последние годы болезни находятся в особом вегетативном состоянии без следов остаточной личности. При этом автор обращает внимание на то, что отчасти апатия, заторможенность, отсутствие внимания и даже отчасти когнитивное снижение в средней стадии болезни обусловлены нахождением в учреждении длительного пребывания. У части пациентов с БА рутинное обследование обнаруживает полный крах, но в некоторых ситуациях могут оказаться сохранены некоторые способности. Вместе с тем единственно гуманным и этичным в ведении больного в терминальной стадии БА при развитии пневмонии или коматозного состояния он считает позволение того, чтобы процесс умирания шел до конца, поскольку попытки реанимировать таких пациентов возвращают их к состоянию, которое уже не является жизнью в истинном смысле. Автор упоминает о том, что в 37 штатах Америки действует право умереть.

Учитывая, что в биоэтике больше всего дискуссий вызывают вопросы «на грани жизни и смерти», М. Roth обращается к размышлениям об эвтаназии

английского философа начала XVII в. Ф. Бэкона. Обеспечение безболезненного и спокойного умирания Бэкон назвал греческим словом «эвтаназия», которое означает добровольную безболезненную смерть и отражающее естественное для каждого человека желание умереть легко и спокойно. Умиравший имеет право определить, что для него важнее: быть человеком, обладающим самосознанием и рассудком, или просто оставаться еще какое-то время живым, в состоянии искусственного поддержания жизни. Такое решение связано с ценностным подходом к жизни и может быть рассмотрено как проявление самоуважения личности.

Актуальность проблемы эвтаназии сегодня во многом связана с тем, что старая врачебная этика уже не способна указать решение многих проблем в новых условиях. Различают пассивную и активную, добровольную и ненамеренную эвтаназию. Пассивная эвтаназия – это решение о прекращении лечения ввиду безнадежного состояния больного; активная – прекращение страданий и жизни безнадежных больных введением высоких доз наркотиков. Наиболее дискуссионным с точки зрения биоэтики является вопрос о добровольной активной эвтаназии. По мнению М. Roth, это прямо противоречит этическому чувству. Хотя некоторые философы скептически настроены в отношении различия между убиванием и позволением умереть, большинство докторов придерживаются различий между ними. Эта позиция укоренена традиционно, обучением и опытом, руководит принятием решения. В отношении БА интенсивность этого морального императива живуча, несмотря на прессинг представлений о доказательности возможности ускорения умирания. Оценивая достижения научных исследований в последние десятилетия, исследователь уже тогда считал, что появился свет в конце туннеля для общества из-за разработки новых лекарств и надежда на возможность приостановить прогрессирование болезни, а, возможно, и предупредить ее.

Признается, что абсолютно безупречных с морально-этической и правовой точек зрения способов решения проблем терминальной стадии деменции не существует, поскольку выбор делается не между добром и злом, а между меньшим и большим злом [14]. Использование новейших технологий позволяет сохранить жизнь и тем пациентам, организм которых навсегда утратил

способность самостоятельно справляться с важнейшими жизненными функциями. Так благородная и гуманная задача медицины — борьба с болезнью — становится своей противоположностью — борьбой за поддержание болезни в течение длительного срока. Главным является вопрос, когда и следует ли продолжать поддержание жизни лечением, назначением антибиотиков при пневмонии или диализа при почечной недостаточности. Представляет проблему избавление от боли, когда пациенты могут быть неспособны жаловаться на боли, так же как искусственное (зондовое) кормление при нарушении глотания. Признается необходимость разъяснения родственникам осложнений и рисков при осуществлении мер по поддержанию жизни.

Другие этические проблемы терминальной стадии деменции касаются назначения антипсихотиков, участия в исследованиях, стандартов, которыми пользуются при принятии решений за глубоко слабоумных. Эти решения основаны на том, какими были когда-то больные или какими они стали, что делает возможным существование диаметрально противоположные взглядов.

Заранее даваемые распоряжения. Составление заранее распоряжений или волеизъявления в отношении вмешательства в терминальной стадии рассматривается как этически обоснованный выход в этих ситуациях [16; 10]. В период составления распоряжений состояние пациента должно расцениваться как аутентичное, компетентное и информированное проявление предпочтения действий в случае развития респираторной или гастроинтестинальной инфекции, или впадения в кому на стадии неизлечимости. Оно не должно быть сделано под влиянием депрессии или нигилистической безнадежности, чувства вины или суицидальных размышлений. Поскольку состояние может меняться, должна быть предоставлена возможность изменить распоряжения. Если такое распоряжение предусматривает продолжение жизни, врач обязан обеспечить лечение и поддержание жизни. Это может вступить в конфликт с клиническим суждением и этическими стандартами врача, но для врача нет закона, позволяющего лишить жизни больного. Второе — есть разница между убиванием и позволением продолжить умирание без вмешательства. Врач, не признающий последнего, находится в положении не только лечащего, но и экзекутора. Альтернативой является хосписный уход.

Третье – больные в состоянии полного слабоумия должны быть защищены от нарушения их достоинства и в том, что им позволено умереть. В этих случаях прекращение лечения и искусственного кормления не должны расцениваться ни как незаконные, ни как неэтичные действия. Но эти последние принципы неприменимы на протяжении большей части длительности заболевания, только к последним 2-3-м годам. Этот момент нуждается в дальнейшей разработке в свете широко распространенных в последние годы суждений о необратимой «смерти мозга». Это приравнивается к смерти личности, но это верно только для длительного коматозного состояния.

Стало общей практикой спрашивать у пациентов на ранних стадиях о предпочтениях принятия решений по лечению и уходу в терминальной стадии (искусственное кормление, меры стеснения, искусственное дыхание и др.) [10]. Избегание этого обсуждения обусловлено опасениями вызвать депрессивное состояние и другие страхи (страх агрессивного поведения и т.п.). На всех стадиях болезни большинство пациентов хотят быть наиболее полно вовлеченными в определение своего будущего, насколько возможно, и в жизнь семьи. Противоречивые чувства свойственны членам семьи. В отсутствие заранее данных распоряжений им приходится решать эти этически трудные вопросы. Пока пациенты компетентны, психиатры занимают патерналистскую позицию и поощряют обсуждение пациентами этих вопросов с родственниками и следят за тем, чтобы это обсуждение не было травматичным. Обязательно обсуждение с больным возникающих переживаний, что само по себе является психотерапией.

Есть крайние позиции – с одной стороны, продолжение жизни в стадии глубокого слабоумия, с другой – предоставление возможности прекратить бессмысленное существование. Промежуточная позиция – желание продолжения жизни до тех пор очевидно, пока она доставляет радость и не сопровождается страданием. Психиатр должен знать, что даже если пациенты заранее дали распоряжения, их предпочтения могут меняться существенным образом в зависимости от исходов болезни. Наконец, не всегда ясно, когда прекращать обсуждение с пациентом его директив на конец жизни. Определенно, если это является психической травмой. Вопрос этики состоит еще и в том, должны ли

психиатр и члены семьи принудительно удерживать интеграцию их взаимоотношений с пациентом.

Ситуации конца жизни лиц, которые не оставили заранее распоряжений и чьи предпочтения неизвестны, должны быть обсуждены на совещании этического комитета [18]. Когда заболевание прогрессирует, утрачивается способность понимать информацию и делать выбор, клинические, этические и юридические вопросы информированного согласия различаются в клинических и исследовательских учреждениях. Этические установки Международной Альцгеймеровской Ассоциации относительно терминальной стадии предусматривают следование заранее данным распоряжениям; отказ/прекращение лечения и хосписный уход [19]. Это такая медицинская, психологическая и социальная помощь умирающему, когда его смерть становится «смертью с достоинством». В работах современных исследователей биоэтики [1] отмечается, что Ф.Бэкон за 350 лет до открытия первого хосписа в 1967 г. сформулировал суть современной паллиативной медицины. Уход за больными деменцией в конце жизни медленно движется в сторону паллиативного подхода, сходного с таковым в конечной стадии рака [14]. В биомедицинской этике при исследовании проблемы права человека на жизнь, «умирания с достоинством», нравственных проблем эвтаназии и т.п. актуализируется понятие апатии (от греч. *apatheia* – бесчувственность) в значении термина античной этики, означающего бесстрашие, безмятежность, умение властвовать над собой. В качестве одного из важных моментов хосписной этики рассматривается атараксия (от греч. *ataraxia* – невозмутимость) – термин античной этики, означающий состояние душевного покоя, перенос внимания с внешних обстоятельств на внутреннее состояние, сосредоточение на «самом общем и главном», помогающее отрешиться, прежде всего, от мыслей о смерти.

Этические проблемы умирания и смерти неразрывно связаны с понятиями «биологической смерти», «полной смерти мозга», вегетативного состояния» (церебральной смерти) и стандартами клинического определения смерти мозга [1]. В историческом анализе истории биоэтики А.Я.Иванюшкин обращает внимание на два события полувековой давности. Одно из них – это церковное обоснование допустимости прекращения реанимации некоторых пациентов.

Второе - описание французскими неврологами полвека назад состояния «запредельной комы» (смерти мозга), поставило одну из фундаментальных проблем биоэтики — обоснование нового определения смерти. Как указывает автор, их глубинное воздействие не только на здравоохранение, но и на общество в целом сказалось гораздо позже, когда пришло время хосписов.

В обобщенном виде этически обоснованные действия практического психиатра сводятся к следующим положениям [10];

- на инициальных стадиях деменции иметь в виду важность для этих пациентов находиться под контролем и оставаться вовлеченными в жизнь семьи, насколько это возможно. Этический приоритет состоит в предоставлении правдивой информации о болезни, вовлечении в план лечения и помощи, обсуждении составления распоряжений заранее.

- при прогрессировании ухудшения эта позиция честности может не быть наилучшей. Целью становится ослабление стресса, а этические установки должны удовлетворять эмоциональные потребности пациентов. Допускать проявления лжи или сохранение честности – индивидуально вариабельно. Психиатр должен и в этом оказывать поддержку ухаживающим лицам.

- в последней стадии БА при вероятности наступления смерти в обозримом будущем – обсуждение с родными вопросов искусственного кормления, при этом иногда может сохраняться речь и желание жить, важно отсутствие болей и продолжение общения с любимыми. То есть рассматриваются обе возможности – и позволить умереть и начать меры по поддержанию жизни. Роль психиатра – не в принятии решений за пациента, а в помощи пациенту и членам семьи принять решение.

Этические аспекты преклинической стадии БА представляют наибольшую сложность для рассмотрения, вместе с тем постепенное возрастание значимости не только ранней диагностики, но и оценки риска заболеть у асимптомных лиц объясняет растущее внимание к обсуждению этих проблем. Болезнь Альцгеймера – это клинический диагноз. Однако растет число исследований, позволяющих полагать, что альцгеймеровская патология начинается задолго до клинических проявлений, и что биомаркеры, такие как ПЭТ и ликворные пробы, прямо доказывают эту патологию [4,6,7]. Как результат,

станет возможным отделить диагноз БА от клинического выражения болезни [13]. В ответ на эти исследования научное сообщество предлагает диагностические критерии, которые охватывают лиц, у которых нет клинических признаков или симптомов. Считается необходимым признать, что преклиническая БА изменяет границы между «нормальным когнитивным старением» или «здоровым старением мозга» и болезнью. Это должно изменить представление о том, что БА среди заболеваний, характерных для позднего возраста, наиболее определенно ухудшает способность лица самостоятельно действовать и относится к наиболее устрашающим болезням старости, вызывающим наиболее часто опасения заболеть.

Сдвиг границ между нормальным мозговым старением и заболеванием представляет три вызова исследователям, клиницистам, пациентам и политикам в области здравоохранения: 1) установление руководящих принципов для исследователей и клиницистов в отношении безопасности и результативности сообщения диагноза; 2) создание программ, эффективно транслирующих диагноз в практику и политику; 3) адаптацию законов, регулирующих профессиональной практику в отношении диагноза преклинической БА.

Обсуждаются этические аспекты уже вошедшего в клиническую практику диагноза мягкого когнитивного снижения (МКС) [11]. Ставится вопрос о том, как строго должны психиатры следовать диагнозу МКС, имея в виду, что у пациентов с МКС может развиться БА, а может и не развиться. Преобладает мнение, что за установлением диагноза МКС должно следовать регулярное наблюдение, чтобы как можно раньше начать лечение, если разовьется БА. Против этого тот факт, что пока не существует лечения МКС, которое бы потом уменьшало тяжесть БА. Некоторые пациенты с МКС предпочитают не следовать диагнозу МКС, так как знание ухудшает качество жизни. Психиатр должен обсудить этот диагноз и с пациентом и с членами семьи. Врач может предложить пациенту дополнительную возможность проходить тестирование у другого сотрудника без интерпретации результатов. Информация к врачу поступит только, когда балл мини-теста станет критическим.

Предлагаются новые критерии диагностики с использованием биомаркеров для подтверждения и увеличения точности диагноза МКС, а также оценки риска

у асимптомных лиц [4,6,7], но остается предметом дискуссий, имеют ли они только исследовательское значение или могут быть общедоступными. Хотя признается, что концептуальную модель преклинической БА поддерживают только исследовательские критерии, однако особое значение имеют лонгитудинальные исследования корреляции биомаркеров со снижением в когнитивных и функциональных параметрах и эксперименты по испытанию препаратов, которые могут замедлить когнитивное снижение. Научное сообщество сходится на концепции преклинической БА как состояния риска, определяемого биомаркерами и другими факторами риска и отделяемого от клинических симптомов болезни. Эта модель отражает основной сдвиг в концепции болезни от категории, определяемой патологией у лица, которая вызывает симптомы, до определенных факторов риска болезни, то есть от установления клинико-патологических корреляций до определения факторов риска для здоровья при потребности вмешательства, уменьшающего этот риск. Достижения в нейробиологии, нашедшие свое воплощение в недавних пересмотрах диагностических установок БА, превращаются в увеличивающийся сдвиг по направлению к диагнозу на стадии преддеменции, когда у пациентов имеется полная критика в отношении прогноза [14].

Этические аспекты выявления факторов риска рассматриваются как в отношении их совокупности, так и по отдельным группам биомаркеров, среди которых выделяют структурные и биохимические маркеры, а также генотипирование. Нейровизуализация (МРТ, функциональная ПЭТ, визуализация амилоида) используется для подтверждения диагноза у лиц с симптомами, для раннего определенного диагноза у лиц с мягкими или неопределенными симптомами (МКС) и для обнаружения альцгеймеровской патологии у асимптомных лиц. Полагают, что комбинации методов нейровизуализации будут наиболее плодотворными в предсказании диагноза. Их внедрение в практику несвободно от сложностей, однако, поскольку культура и ценности изменяются в пределах того, что определяет пользу и риски, для кого конкретно польза, а для кого - риск, утверждается, что планирование этического и общественного влияния предсказания болезни стареющего мозга чрезвычайно

важно и принесет пользу как ведущим исследователям, пациентам и семьям, организаторам здравоохранения и политикам в этой области [12].

К биохимическим маркерам, с высокой вероятностью определяющим наличие альцгеймеровской патологии в мозгу относят содержание бета-амилоида, тау-белка и, фосфорилированного тау в ликворе. Этические проблемы, связанные с биомаркерами, касаются объема диагностической и прогностической информации, предоставляемой участникам исследований о ненадежных результатах исследований.

В области генетического тестирования БА или генотипирования этические вызовы заставляют балансировать между желанием человека узнать риск развития у себя деменции и желанием клинициста смягчить потенциальный вред этой информации. Генетические проблемы значимы в редких случаях семей с ранним началом (до 65 лет) вследствие наличия определенных мутаций. В то время как генотипирование APO E – основного гена риска спорадической БА – широко обсуждается, оно может стать необходимым в контексте создания новых нозомодифицирующих препаратов [14]. В исследовании «REVEAL» проследили взгляды и реакции индивидуумов с объявленным генетическим статусом в сравнении с неразглашением этой информации и получили благоприятные результаты при обследовании спустя 10 лет. В качестве ключевых проявлений исследовали частоту аффективных реакций и их лечения. Показано, что раскрытие генотипа асимптомным пациентам не является травматичным, может даже уменьшить тревогу у APO E e4 негативных носителей. Влияние знания носительства APOEε4+ оказалось меньше, чем ожидалось. Это связывают с тем, что в исследование включались лица с исходным принятием их собственного риска; имело значение и то, что, узнав APOE генотип, лица могут изменить свои страховые распоряжения, также более вероятно изменят стиль жизни и питания, прибегнут к витаминам, упражнениям, тренингу, даже зная недоказанность этих приемов.

Пересмотр законов и инструкций позволит эффективно наблюдать пациентов с преклинической БА, следить за утратой способности выполнять деятельность высокого уровня и в то же время минимизировать стигму, сохранить личную неприкосновенность и максимально ценить самостоятельность. Другой

этической дилеммой является реакция врача или исследователя на требование генетического тестирования [10]. Хотя превентивного лечения не существует, этический консенсус достигается в том, чтобы предоставить возможность генотипирования, так как это проявление уважения к личности и эта информация может быть существенно полезной при планировании будущего. Однако генетическое тестирование при БА отличается принципиально от других наследственных заболеваний (например, хореи Гентингтона) тем, что при БА этот маркер - только констатация предрасположенности. До недавнего времени не считалось необходимым сообщать о результатах генотипирования при отсутствии симптомов заболевания и об этом предупреждают при проведении научных исследований. Этот патерналистский подход преувеличивает этическое значение защиты пациентов от травмирующей информации. Приемлемая модель объяснения неразглашения результатов участникам, членам семьи и врачам состоит в том, что эти результаты не имеют значения для лечения. Но многие пациенты хотят знать результаты, даже положительные, хотя они могут переоценивать значимость предварительных научных данных. От врача или исследователя требуется тщательное их разъяснение, имея в виду, что предоставление генетической информации может улучшить комплаенс и повлиять на более ранний поиск помощи. Последний вопрос – это позиция страховых компаний, на который пока ясного ответа нет. Психиатр должен объяснить, что страховое покрытие не предусмотрено при генотипировании.

Безопасность и эффективность сообщения диагноза преклинической БА представляет самую сложную проблему с точки зрения биомедицинской этики. Один из первых вопросов касается того, кого рассматривать в качестве кандидатов для тестирования и для диагностики преклинической БА. Этический вызов состоит в том, что результаты тестирования альцгеймеровского биомаркера являются потенциально травмирующей информацией, при этом может развиваться тревога, депрессия или даже суицидальные мысли. Опросы показали, что среди американцев страх БА превосходит страх болезни сердца, диабета, инсульта, а у лиц старше 55 лет страх БА сильнее, например, страха ракового заболевания, что объясняет популярное выражение, что «большая А(льцгеймер) заменила большую

Р(ак)». Тем не менее, этически более правильно сообщать «биомаркерпозитивным» о результатах обследования.

Ответ «доказательной медицины» на вопрос о том, какие пациенты с преклинической БА должны получать лечение, в настоящее время не может быть получен, поскольку назначение лечения предусматривается в случае демонстрации пользы этого лечения, однако еще не существует золотых стандартов доказательств пользы этого вмешательства. Когда в клинических исследованиях будет показано, что вмешательство уменьшает риск перехода от преклинической стадии к клиническим проявлениям БА или промежуточным состояниям, таким как МКС, принципиальным изменениям будет подвергнут процесс клинического принятия решения и разработка диагностических и лечебных установок. Логика этого подхода основана на связи двух различных видов доказательств: прогностического доказательства того, что биомаркер надежно означает риск клинического события, и предсказания того, что вмешательство имеет мишенью снижение риска.

До настоящего времени сохраняется устойчивость противоречий в отношении того, насколько широко распространять лечение при болезнях с факторами риска. Чтобы предупредить и смягчить противоречия в отношении того, что преклинический диагноз готов для внедрения из исследований в клиническую практику и какие лица с диагнозом должны получать лечение, ученые, клиницисты и политики должны разрабатывать национальные образовательные программы в области болезни Альцгеймера. Эти программы нацелены на то, как перенести результаты исследований преклинической стадии БА в клиническую практику, включая адаптацию профессиональной практики, социальной политики и законов к диагнозу преклинической БА. Ожидается, что с внедрением в практику диагноза преклинической БА изменится значение ярлыка болезни Альцгеймера. Клинические исследования не просто изменят то, как и насколько лечится БА, но и что имеется в виду, когда говорят о БА. Предполагается, что в будущем можно будет говорить не о БА, а о «мозговой амилоидопатии». Соответствующие законы должны быть пересмотрены во избежание стигматизации и дискриминации. В отношении лиц с преклинической БА, которые, несмотря на лечение, обнаружат когнитивное снижение, возникнут

вопросы лицензирования вождения, профессиональной несостоятельности, способности ведения финансовых дел, и основная причина в ситуации злоупотребления и эксплуатации будет связана с этим диагнозом. Лицам с преклинической БА потребуется помощь в планировании и мониторинге возникающей несостоятельности. Открытие преклинической БА может показать, насколько общество готово к «цунами» альцгеймеровской деменции. Появление новых лекарств, некоторые из которых могут отсрочить прогрессирование от продромальных стадий до деменции, потребует тщательных правил прекращения их применения [14].

Возвращаясь к тому, что операциональные исследовательские критерии преклинической БА не направлены на клиническую диагностику и прогностическая польза этих биомаркеров для отдельных лиц остается неясной, исследователи указывают на целесообразность информационного прессинга в целях возможно более ранней идентификации групп повышенного риска по развитию БА. В частности, предлагается в 50 лет начинать амилоидное сканирование и повторять каждые 5 лет (по аналогии с колоноскопией для доклинической диагностики рака кишечника) [6,7].

Этика клинических исследований – область биомедицинской этики, определяющая взаимоотношения между субъектом и объектом в процессе проведения клинических исследований (КИ) с участием человека. Предполагает соответствие условий проведения КИ общепринятым нормам морали, требованиям соблюдения прав, интересов и личного достоинства участников КИ, подчиненность интересов науки и иных интересов приоритету прав и свобод личности. КИ регулируются правилами GCP (надлежащей клинической практики), следование которым рассматривается как общественная гарантия того, что права и здоровье испытуемых, а также их личная жизнь защищены, а собранные клинические данные достоверны.

Самостоятельную проблему представляют этические вопросы проведения клинических исследований на больных деменцией. Уже упоминалось, что применение плацебо в клинических исследованиях на пациентах с установленным диагнозом деменции редко разрешается за пределами 3-х месяцев [14]. Основные вопросы – вовлечение больных деменцией в исследование и защита их

благополучия, информированное согласие, риски, польза и бремя, донаторство мозга и тканей, публикации и диссеминация результатов исследований, различные аспекты, касающиеся конца жизни и медицинских исследований (клинические испытания, эпидемиологические и генетические исследования) [9]. Ключевым моментом является получение информированного согласия пациента. В США правительство установило 8 общих правил информированного согласия для участия в исследованиях. Пациенты с когнитивным снижением не могут охватить эту массу сложной информации, поэтому исследователи и надзирающие команды должны тщательно взвесить риски и пользу для этих пациентов и рассмотреть модификации протоколов для защиты пациентов. Наконец, в процесс получения согласия должны быть вовлечены члены семьи или суррогатные ухаживающие лица [18]. Представляет интерес, что в 1971 г. Департамент здравоохранения США был преобразован в Департамент здравоохранения и *защиты человека*. Он и создал этические комитеты современного типа, в частности, Общественный совет по надзору научных учреждений, в США это государственный орган. Основные принципы его деятельности во многом воспроизводятся в деятельности всех этических комитетов. Комитет должен оценивать соответствие этическим принципам исследовательских проектов, в особенности процедуры получения от испытуемых письменного информированного согласия на участие в экспериментах, контролировать ход экспериментов и в случае необходимости приостанавливать их. Как известно, требования биомедицинской этики при проведении клинических исследований основаны на 10 правилах знаменитого Нюрнбергского кодекса, своего рода этической азбуки проведения медико-биологических экспериментов на людях. Женевская декларация, принятая Всемирной медицинской ассоциацией, считается современным аналогом «Клятвы Гиппократата», целый ряд созданных в последующем этических документов регулируют деятельность врачей и исследователей.

Считается необходимым получение образования в области этики [13]. Такой тренинг профессионалов должен быть направлен на признание этического аспекта принятия решения и планирования помощи, знание положений и законов и применения их в специфических ситуациях, поддержку лиц с деменцией, их

семей и непрофессиональных ухаживающих. Целям оптимизации этого процесса должны служить предлагаемые автором следующие шаги:

- разработка этически адекватных стандартов ухода, основанных на Конвенции ООН по правам инвалидов;
- обеспечение ясной стратегии и механизмов достижения этих стандартов;
- создание юридических ограничений и установок по предупреждению злоупотреблений больными деменцией, в вопросах принятия решений, при осуществлении ухода в конце жизни и в вопросах прав человека;
- учебные программы по правам человека для профессиональных клиницистов, ухаживающих членов семьи и непрофессиональных ухаживающих лиц.

Во всех цивилизованных странах именно национальные ассоциации врачей сегодня заинтересованы в развитии биоэтики, разрабатывают и поддерживают на должном уровне стандарты профессиональной медицинской этики в учреждениях здравоохранения. Биомедицинская этика является важнейшим социальным институтом современного общества, одной из важнейших задач которого является разработка мер по защите прав и здоровья населения старших возрастных групп в целом и возрастающего по численности контингента пожилых с когнитивным снижением.

Литература

1. Иванюшкин А.Я. От этики Гиппократ к биоэтике// Россия в окружающем мире. Устойчивое развитие: экология, политика, экономика: Аналитический ежегодник / отв. ред. Н.Н. Марфенин; под общей редакцией Н.Н. Марфенина, С.А. Степанова. — М.: Изд-во МНЭПУ, 2009. —С.186-212
2. Михаловска-Карлова Е.П. Принципы биоэтики и эпилептология //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2010; т.110, вып. 2, С.4 – 8.
3. Тихоненко В.А., Иванюшкин А.Я., Евтушенко В.Я., Покуленко Т.А. Этика практической психиатрии. Руководство для врачей. Под ред. Тихоненко В.А. М.: ГНЦС и СП, 1996, с.
4. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. 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//Alzheimer's Dement. 2011 May; 7(3), P.270-279.
5. Beck F., Leon C., Arwidson P. Perspectives on Alzheimer's disease among general public, family and professional caregivers in France//Changing perceptions, practice and policy/Vienna 2012, P16.2
6. DeKosky St.T. 2010 [http.scribd.com/doc/52857525/](http://scribd.com/doc/52857525/)
7. DeKosky St.T. Advances in Alzheimer's Disease: New technologies, new ethical issues 2011(Dr.) [http.scribd.com/doc/56380703/](http://scribd.com/doc/56380703/)

8. Dementia: a public health priority WHO 2012 P. 41-48
9. Gove D. The European Dementia Ethics Network – Overview of statements on dementia research// Changing perceptions, practice and policy/Vienna 2012, PL4.3
10. Howe E.G. Ethical Issues in Diagnosing and Treating Alzheimer Disease // Psychiatry, 2006, May, 3(5), P.43-53
11. Howe E. Five Ethical Questions Involving Alzheimer’s Disease//Psychiatry, 2007, 4(8); P.31-34
12. Illes J., Rosen A., Greicius M., Racine E. Prospect for prediction: ethics analysis of neuroimaging in Alzheimer’s disease // Ann N Y Acad Sci, 2007, Feb; 1097, P.278-295
13. Karlawish J. Addressing the ethical, policy, and social challenges of preclinical Alzheimer disease//Neurology, 2011, vol.77, P.1487-1493
14. Leuzy A., Gauthier S. Ethical issues in Alzheimer’s disease: an overview//Expert Rev Neurother, 2012, vol.12, N5, P.557-567
15. Mitchell G., McCollum P., Monaghan C. //Changing perceptions, practice and policy/Vienna 2012, P1.2
16. Roth M. Euthanasia and related ethical issues in dementias of later life with special reference to Alzheimer’s disease//Brit Med Bull, 1996, vol. 52, N2, P.263-279
17. Sakka P., Margioti E., Lymperpoulu O., Kalligerou F. Disclosure of Diagnosis – Greek and European prospective//Changing perceptions, practice and policy/Vienna 2012, PO14
18. Weiner M.F. Legal and Ethical Issues for Patients With Dementia and Their Families//Geriatric Times, 2004, vol.Y, Issue 1
19. Wortmann M. World Alzheimer report 2012 on stigma//Changing perceptions, practice and policy/Vienna 2012, PL18

Нейропсихологический контекст понятия «регуляция психической деятельности»

Ю.В. Микадзе

Одной из характеристик современного развития отечественной клинической психологии, осложняющей решение ряда ее методологических проблем, является недостаточная проработанность используемого понятийного аппарата. Многозначность и разноплановость, расширительный или зауженный, иногда и просто разный характер толкования содержания ряда используемых в практической работе клинических психологов терминов часто приводит к размыванию исходных теоретических положений, на основании которых формировался терминологический словарь. В качестве примера можно привести многозначность и недостаточную дифференцированность таких понятий как «фактор», «синдром» и «синдромный анализ», «управляющие функции», «произвольная регуляция» и многих других часто используемых в нейропсихологических и патопсихологических работах. Операционализация