

УДК 615.851

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Е. В. Руженская^{1*}, кандидат медицинских наук,
С. В. Смирнова¹, кандидат психологических наук,
П. Л. Егорова¹, кандидат медицинских наук

¹ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

РЕЗЮМЕ Описаны психологические особенности, которые могут приводить к нарушениям взаимодействия пожилых людей с социальной средой. Обоснована необходимость изучения различных личностных изменений у этого контингента. Объективизация когнитивных характеристик возможна при динамической оценке показателей при исключении факторов соматической астенизации, депрессии, а также при обучении пожилого человека эффективному использованию интеллектуальных ресурсов, контролю вегетативных дисфункций, эмоциональной стабилизации. Использование психореабилитационных технологий (когнитивная активация и повышение эмоциональной устойчивости в рамках когнитивного тренинга, технологии физической активации) позволят лицам старшей возрастной группы сохранять свое психическое здоровье.

Ключевые слова: пожилой человек, когнитивные функции, психокоррекция.

*Ответственный за переписку (corresponding author): elena37r@yandex.ru

В настоящее время, когда современные технологии нацелены на увеличение продолжительности жизни человека, в медицинской практике все острее встает вопрос о сохранении «здоровой старости». В это понятие в числе прочих входит и сохранение психического здоровья, которое включает интеллектуальную и эмоциональную сохранность, желание активно общаться, интерес к окружающему миру, мотивацию на сбережение семейных ценностей и связи поколений. Безусловно, на первом месте остается поддержание когнитивных функций, в первую очередь интеллекта, но нельзя недооценивать и другие аспекты – настроение человека, двигательную активность, мотивации.

В соответствии с наиболее распространенным иерархическим подходом к трактовке интеллекта интеллектуальное разнообразие включает общий и парциальный (в зависимости от решаемой задачи) интеллект. Выделяют два парциальных типа таких специфических способностей: «кристаллизованный» и «подвижный» интеллект. «Кристаллизованный» интеллект оценивает количество знаний, которое человек приобретает в течение своей жизни. Обычно он оценивается с помощью простых прямых вопросов, которые задаются человеку, чтобы определить значение непонятных слов. Человека можно также попросить решить задачи, основанные на понимании. Задачи могут быть практическими, на такие вопросы можно ответить правильно только в том случае, если человек уже имеет необходимую информацию и может применить её.

Тесты по определению состояния «подвижного» интеллекта опираются на приобретённые знания

в меньшей степени, а оценивают то, что можно определить как способность решать «непривычные», новые задачи. Обычно эти тесты имеют ограничения по времени, выделенном на их решение. Со временем «подвижный» интеллект снижается, в то время как «кристаллизованный» остаётся неизменным.

Именно «подвижный» интеллект, связанный с другими составляющими когнитивного статуса, у пожилого человека страдает в первую очередь. Это создает для него массу проблем: требуется больше времени для освоения новой информации, находится меньше вариантов решения проблем, опираться в принятии такого решения приходится на прежние способы выполнения задач, новые знания и технологии мало внедряются в проблемный поиск. В результате пожилой человек начинает думать, что он «устарел», «не способен», «ему не освоить», страдает самооценка, появляется пессимистическое восприятие действительности и своего места в ней. Учитывая свойственные для этого возраста повышенную эмоциональность, утомляемость, ранимость, а также уже имеющиеся хронические заболевания, развитие астено-депрессивных состояний становится весьма вероятным. В то же время сам человек не до конца это осознает. Поэтому в настоящее время все более актуальным становится сохранение психического здоровья старшего поколения. Для этого необходима разработка действенных технологий эффективного использования пожилым человеком его сохранных психических функций для полноценной жизни.

В 2015–2016 годах на кафедре психиатрии ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская ака-

демия» Минздрава России было проведено исследование по оценке когнитивных и некогнитивных психопатологических симптомов у пожилых людей, обратившихся за психиатрической помощью, с последующей разработкой психокоррекционных программ и оценкой их эффективности. В исследовании приняли участие 220 пациентов в возрасте 60–72 лет, проходивших лечение в психосоматическом отделении. Пациенты не имели деменции, степень их когнитивных проблем оценивалась как легкая или в рамках возрастного снижения. Однако в структуре жалоб четко прослеживался акцент на снижение работоспособности, сообразительности, ослабление памяти, трудности в выполнении сложных интеллектуальных задач. При достаточном уровне критики жалобы высказывали сами пациенты, при снижении критических способностей на данные факты указывали родственники.

Исследование проходило в несколько этапов. На первом этапе проводилась объективная оценка когнитивных функций пожилых людей, клиническое психиатрическое и патопсихологическое обследование. На втором этапе пациенты и их родственники заполняли специально разработанную анкету по оценке имеющихся некогнитивных психопатологических симптомов. Далее, на третьем этапе, обследованным предлагалась персонализированная программа тренировок с учетом выявленных особенностей психической сферы, влияющих на эффективное использование имеющихся когнитивных ресурсов.

На первом этапе при проведении объективной оценки когнитивных функций выявилось несоответствие показателей сохранного формального интеллекта и практических когнитивных способностей пожилого человека, определяющих уровень его социальной адаптации. С одной стороны, нами были выявлены все те нейропсихологические феномены, которые описаны в пожилом возрасте и объяснимы физиологией старения организма. У всех пациентов исследуемой группы увеличивалось время реакции, необходимое для выполнения предложенных заданий. С теоретической точки зрения, время реакции – это временной промежуток между действительностью и её восприятием человеком. С практической точки зрения, это было ожидаемо и самим пациентом и не вызывало у него негативных реакций. Пациенты в общении с врачом и психологом охотно поясняли, что давно заметили свою медлительность, адаптировались к данному явлению и в большинстве случаев закладывают себе больше времени на выполнение трудных задач.

Большую проблему вызывало снижение точности в выполнении заданий. В теории мы знаем, что интеллектуальные процессы должны протекать в течение определённого количества миллисекунд, иначе они разрушаются без возможности восстановления.

Более медленная работа системы означает, что на завершение некоторых интеллектуальных процессов требуется больше времени, чем это критическое ограничение, поэтому некоторые из них не могут быть окончены. То есть при замедлении процесса продуктивная деятельность страдает не только количественно (замедляется), но и качественно.

Именно поэтому технологии формального отведения большего отрезка времени на решение трудных задач неэффективны. Пациент начинает нервничать, испытывать дискомфорт, злиться на себя, расплываясь за это снижением внимания, волнением, быстрой утомляемостью и, как следствие, демонстрируя ещё большее снижение результативности при решении задачи.

При этом в практическом плане эти проблемы имеют решения. Уже на этапе оценки когнитивных функций врач может предложить пациенту использовать более эффективные технологии решения задачи, и пожилой человек легко справляется с ней. Например, простое разделение задания на этапы и последовательное их выполнение позволяло избежать проблемы снижения точности. В ситуациях повышенного аффективного реагирования, когда эмоции, вегетативные проявления удлиняли время решения, пациентам предлагались кратковременные дыхательные упражнения (принятие определенной позы, выполнение дыхательных движений: несколько вдохов, углубленный выдох, пауза, повторяющихся 4–5 раз). Это позволяло пациентам успокоиться, приступить к решению задачи в стабильном эмоциональном состоянии и быть успешным в её выполнении. Дополнительно к этому пожилой человек не испытывал негативного влияния волнения, неловкости, был положительно мотивирован успехом.

Подобные же проблемы существуют и с памятью. У пожилого человека, несмотря на неоднородность мнестических нарушений (разные возможности кратковременной и долговременной памяти), возрастные изменения одинаковы. Как мы знаем, кратковременная память – это временное хранение информации, поступившей совсем в недавнем прошлом, т. е. не более чем несколько минут назад. Долговременная память призвана быть постоянным хранилищем информации. Использование ресурсов того или иного вида памяти по отдельности может быть продуктивным (простые дела сегодня, воспоминания из прошлого). Наибольшие же проблемы вызывает именно совместное решение сегодняшней задачи при использовании прошлого опыта. Ухудшение кратковременной памяти происходит из-за невозможности использовать долговременную память как действующий резервный механизм. В многочисленных исследованиях как психологов, так и врачей, работающих с пожилыми людьми, отмечено, что при обычных заданиях на оценку ра-

бочей памяти (например, способность запоминать слова, термины, понятия), когда это сопряжено с дополнительной нагрузкой на оценку понятий (например, сортировка этих терминов или понятий), последующее воспроизведение слов у пожилых участников было хуже. Было наглядно показано, что они порой неспособны выполнять несколько заданий одновременно, потому что им не хватает психических ресурсов сделать это, либо их долговременная память работает неэффективно. Таким образом, если материал не может быть сохранён в оперативной памяти, то он либо не сохраняется совсем, либо в лучшем случае сохраняется неточно. Это прослеживалось и в нашем исследовании когнитивных функций пожилого человека.

Осознание неэффективности своей деятельности вызывает у пациентов сначала недоумение («как же так, это простая задача»), а затем негативные реакции. При этом приемы эффективного запоминания и воспроизведения (например, использование эмоционально связанных образов; технологии, сопряженные с физической активностью, положительным подкреплением и пр.) прямо в процессе диагностики показывали пожилым людям, что их когнитивные ресурсы достаточны для выполнения задач. Важно было обучить этим приемам, изменить регуляцию своего поведения, исключить факторы, дестабилизирующие эмоциональное состояние.

На втором этапе исследования участникам была предложена анкета, отражающая наличие у пожилых людей аффективных расстройств, тревоги, депрессии, то есть тех факторов, которые могут негативно влиять на результативность использования когнитивного ресурса личности. На поставленные вопросы ответили и сами больные, и их родственники, которые принимали участие в их судьбе.

Так, например, при анкетировании родственников для выявления аффективных расстройств у пациентов для нас были важны признаки: депрессии (замечаете ли вы, что пациент грустен или в плохом настроении?); тревоги (ощущает ли пациент дискомфорт, когда он находится вдали от близких людей? Бывают ли признаки нервозности вроде появления одышки при стрессе, вздохов, невозможности расслабиться, ощущения чрезмерного напряжения?); гипертимии /эйфории (бывает ли пациент чрезмерно веселым?); апатии/безразличия (бывает ли, что пациент выглядит незаинтересованным в выполнении своих привычных действий и планах окружающих?); расторможенности (бывали ли случаи, когда пациент ведет себя по отношению к другим людям без дистанции, например, бесцеремонно разговаривает с незнакомыми людьми, как будто он с ними знаком, или говорит вещи, которые задевают чувства других людей?); лабильности/раздражительности (бывает ли нетерпелив и капризен?)

При проведении анкетирования было выяснено, что 83,3% респондентов обнаруживали те или иные признаки депрессии, при этом пятая часть (22%) испытывала это ежедневно. Оказалось, что знакомы с таким состоянием 95% женщин и 68,8% мужчин. Данные признаки обнаруживались у всех пациентов с органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством.

Родственники также замечали у пациентов депрессивную симптоматику (в 87,5% случаев). При этом интересным было сравнение в парах «пациент – родственник». Мы взяли всех обследуемых, родные которых замечали у них депрессию, и сравнили ответы тех и других. В изучаемых парах только в 50% случаев пациенты отмечали у себя признаки сниженного настроения, но при этом жаловались на непродуктивность когнитивной сферы, вялость, считали это признаком соматической болезни или возраста: Сниженное настроение и астеническая симптоматика не способствуют успешному выполнению интеллектуальной нагрузки, а уклонение от этой нагрузки и неуверенность ещё больше усугубляют депрессию.

Признаки тревоги также выявлялись в большинстве случаев. Они проявлялись как на психическом, так и на соматическом уровнях. Так, 76,4% пациентов ответили, что ощущают дискомфорт при нахождении вдали от близких людей. Нередки и психосоматические проявления: 51,4% пожилых людей признались, что испытывают признаки нервозности в виде одышки при стрессе, вздохов, невозможности расслабиться, ощущения чрезмерного напряжения. У большинства респондентов выявлялись признаки апатии/безразличия (63,89%), при этом у 11,11% они встречались очень часто (ежедневно или постоянно) и более выражены у женщин (75%), чем у мужчин (50%).

По завершении двух этапов исследования стало очевидным, что пожилые люди очень чувствительны к когнитивным дефектам. Такая чувствительность не позволяет им в достаточной степени регулировать свое поведение и приводит к заниженной самооценке. Изменить ситуацию может только умение пожилого человека эффективно использовать имеющиеся когнитивные возможности, нивелировать внешние факторы, ведущие к неверной оценке его когнитивного статуса.

На третьем этапе участникам исследования было предложено освоение психокоррекционных программ по повышению эффективности использования имеющихся ресурсов.

В геронтопсихиатрическом центре нашей клинической базы накоплен опыт проведения когнитивных тренингов, доказавших свою эффективность более чем десятилетней практикой. При их организации осуществляется комплексный подход к решению проблем лиц пожилого возраста в интеллектуальной,

эмоциональной и социальной сферах. Понимая, что технологии когнитивного тренинга не могут уменьшить истинный когнитивный дефект у пациента, мы видим их целью научение пожилого человека сознательно управлять механизмом памяти и внимания и использовать полученные знания в процессе адаптации к изменившимся условиям жизни. Одновременно решается задача привлечения пожилых людей к социальному взаимодействию, повышения самооценки, активации независимости от внешних факторов, ориентации на реальность.

Активация положительно влияет на интеллектуальное поведение при старении, мобилизуя пожилого человека, помогая эффективно использовать имеющиеся ресурсы. Это подтверждено как теоретическими данными, так и нашими клиническими наблюдениями. Программы активации пациентов с пограничными расстройствами в условиях психосоматического отделения приводили к значительному улучшению при выполнении тестов на внимание. Кроме того, люди, которые поддерживают разумный уровень физической нагрузки, в большинстве случаев со временем обнаруживают меньше изменений в показателях интеллектуального поведения.

Таким образом, возрастное снижение когнитивных функций связано не только с биологическими особенностями стареющего организма, но и с изменением других психологических показателей и психических характеристик, которые не позволяют пожилому человеку в полной мере использовать имеющийся когнитивный потенциал. Оценку когнитивных функций пожилых людей нельзя проводить только по формальным показателям, так как конкретный результат зависит от многих других факторов: эмоционального статуса, соматического самочувствия, мотивации на обследование. Объективизация когнитивных характеристик возможна при динамической оценке показателей при исключении факторов соматической астенизации, депрессии, а также при обучении пожилого человека эффективному использованию интеллектуальных ресурсов, контролю вегетативных дисфункций, эмоциональной стабилизации. Использование психо-реабилитационных технологий (когнитивная активация и повышение эмоциональной устойчивости в рамках когнитивного тренинга, технологии физической активации) позволяют старшему поколению длительное время сохранять полноценные позиции в обществе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валиева, Т. С. Отражение проблем пожилого человека в психологии / Т. С. Валиева // Вестн. Института цивилизации. – 2014. – № 8. – С. 261–269.
2. Лечебная физкультура в гериатрии : учеб. пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 032102.65 Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура) / Т. В. Карасева [и др.]. – Шуя, 2011.
3. Новая позитивная психология пожилого возраста / Н. В. Клевцова [и др.] // Научно-медицинский вестн. Центрального Черноземья. – 2010. – № 40. – С. 16–22.
4. Руженская, Е. В. Организация тренинга по поддержанию и восстановлению когнитивных функций пожилых пациентов / Е. В. Руженская // Клин. геронтология. – 2006. – № 11. – С. 81–86.
5. Шуненков, Д. А. Метод комплексной оценки некогнитивной психопатологической симптоматики пожилых пациентов / Д. А. Шуненков, М. А. Песнина // Научный поиск. – 2015. – № 3. – С. 21–25.

EVALUATION OF COGNITIVE FUNCTIONS AND METHODS FOR THEIR CORRECTION IN ELDERLY PATIENTS

E. V. Ruzhenskaya, S. V. Smirnova, P. L. Egorova

ABSTRACT The psychological peculiarities which resulted in the disorders in interaction of elderly persons with social environment were described. The necessity of research of various personal alterations in this population group was substantiated. The objectification of cognitive features was allowed in dynamic estimation of the parameters and in exclusion of somatic asthenia&depression factors and while training of elderly person for effective usage of intellectual resources, monitoring of vegetative dysfunctions, emotional stabilization. The application of psycho-rehabilitative techniques (cognitive activation and increase of emotional stability in the framework of cognitive training, physical activation) allowed to preserve psychic health in elderly persons.

Key words: elderly persons, cognitive functions, psychocorrection.