

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт
(наименование института полностью)

Кафедра Педагогика и психология
(наименование)

37.04.01 Психология
(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья
(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Возможности когнитивного тренинга для лиц пожилого и старческого
возраста

Обучающийся

О.Е. Привалова

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

канд. психол. наук, И.В. Кулагина

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2025

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретико-методологические основания исследования когнитивных функций при нормальном старении	9
1.1 Психологические аспекты нормального старения.....	9
1.2 Особенности когнитивных функций и эмоциональной сферы в пожилом и старческом возрасте.....	14
1.3 Диагностика когнитивных нарушений и способы их профилактики в пожилом и старческом возрасте.....	22
1.4 Особенности проведения когнитивного тренинга для лиц пожилого и старческого возраста.....	29
Глава 2 Эмпирическое исследование эффективности программы когнитивного тренинга, разработанного для лиц пожилого и старческого возраста.....	38
2.1 Описание выборки и методов исследования.....	38
2.2 Результаты исследования.....	41
2.3 Разработка и реализация программы.....	44
2.4 Оценка эффективности программы.....	52
Заключение.....	65
Список используемой литературы и используемых источников.....	71

Введение

В настоящее время в структуре населения растет количество представителей старшего поколения, что порождает ряд вопросов для общества и исследователей, касающихся психологии преклонного возраста. В связи с этим актуальность изучения особенностей психических процессов в период естественного и неблагоприятного старения постоянно растёт. Согласно информации ООН, в 2019 году людей старше 65 лет в мире насчитывалось более 700 миллиона человек, то есть 10% численности общего населения Земли. Учитывая темпы роста населения, к 2050 году количество людей старшего поколения достигнет 1,5 миллиарда человек, что соответствует одной пятой жителей планеты. Число жителей России в возрасте от 55 лет ежегодно увеличивается и за последние пять лет выросло на 2 миллиона человек, причем 25% этой группы – люди младше 60 лет, а возрастной сегмент от 60 до 74 лет занимает 55% от их числа, то есть 16% от общей численности населения страны. В Российской Федерации насчитывается около четверти пенсионеров, и эта доля продолжит расти, достигнув примерно трети ко времени наступления 2030 года. Учитывая этот демографический факт, всё важнее становится создание стратегий и средств, направленных на поддержание здоровья – как ментального, так и физического, а также социальной и финансовой стабильности людей в зрелом возрасте. Специалисты из Всемирной организации здравоохранения подчеркивают значимость концепции активного старения и продолжительной активности. Основная идея состоит в обеспечении возможностей выявления потребностей пожилых людей, что подразумевает внимательное отношение к их здоровью, привлечение к социальной жизни общества и сохранение благополучия в любых видах активностей [18]. Таким образом, можно сказать, «что активное старение – это развитие и реализация потенциала физического, социального и психического благополучия

пожилого человека для его активного участия в жизни общества» [18, с. 46–47].

Различные факторы могут препятствовать нормальному развитию активного старения, выделяют биологические и психологические угрозы, включая ухудшение познавательных способностей. Мировые эксперты подсчитали, что количество людей с выявленным диагнозом деменция превышает 50 миллионов, и ежегодно добавляются еще около 10 миллионов заболевших. «По оценкам ВОЗ, в 2021 году деменцией в мире страдает более 55 миллионов человек в возрасте 65 лет и старше (8,1% женщин и 5,4% мужчин). Ожидается, что к 2030 году этот показатель вырастет до 78 миллионов, а к 2050 году – до 139 миллионов» [18, с. 47].

Актуальность настоящего исследования обусловлена демографической ситуацией в стране, за последнее пять лет в России наблюдался рост населения старше 55 лет, превысивший отметку в 2 миллиона человек, а количество людей с диагнозом деменции составляет примерно 1,85 миллиона человек. «Согласно информации за 2019 год, по данному критерию Россия входит в список девяти стран с самым большим числом пациентов с таким заболеванием» [18, с. 47].

2021–2030 годы – период, объявленный Десятилетием здорового старения Организации Объединённых Наций (ООН). Инициатива направлена на повышение качества жизни пожилых людей, их семей и сообществ [31].

В связи с этим поддержание когнитивного благополучия у людей старшего поколения в период естественного старения и обеспечение комфорта и безопасной жизни людей, страдающих деменцией – это не простая задача, которая актуальна как в России, так и во всем мире.

Цель исследования: изучить возможности когнитивного тренинга в коррекции когнитивной и эмоциональной лиц пожилого и старческого возрастов.

Объект исследования: когнитивные функции у лиц пожилого и старческого возрастов.

Предмет исследования: особенности когнитивных функций при нормальном старении у лиц пожилого и старческого возрастов.

Гипотеза: применение комплекса упражнений когнитивного тренинга оказывает положительное влияние на когнитивную сферу и снижает уровень тревоги и депрессии у лиц пожилого и старческого возрастов.

В соответствии с целью и гипотезой исследования были поставлены следующие задачи исследования:

- выявить причины, развитие и возникновение снижения когнитивных функций при нормальном старении;
- разработать программу эмпирического исследования, основанную на теоретико-методологическом анализе литературы по проблеме нормального старения, провести эмпирическое исследование;
- проинтепритировать и проанализировать результаты исследования;
- разработать программу когнитивного тренинга для пожилых и старых людей с целью улучшения адаптации к возрастным изменениям и замедления когнитивного спада.

Рассматривая теоретико-методологическую базу исследования, стоит отметить, что даже до новой эры возникли первые попытки понять природу старения и процессы, связанные со старением организма. Первыми кто написали представления о старении и старости были древнегреческие ученые Гиппократ (460–377 гг. до н.э.) и Аристотель (384–322 гг. до н.э.). Благоприятное воздействие на поддержание долгой жизни благодаря диете, физическим нагрузкам и методам релаксации (массаж с теплыми ваннами) рекомендовали Гелен (199–129 гг. до н.э.) и Авиценна (980–1037 гг.).

В работах И.И. Мечникова рассматривалась роль межтканевых взаимоотношений в механизмах старения и старости, он первый в мире выявил экспериментальную модель старости. Его труды посвящались роли межтканевых взаимоотношений в механизмах старения и старости. И.И. Мечников первым во всем мире получил экспериментальную модель

старости, поэтому его считают родоначальником работ посвященных старению.

«Одним из первых, кто обратил внимание на пластичность нервной системы, был русский физиолог И.П. Павлов, который в своей классической работе «Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности животных» писал: «Главнейшее, сильнейшее и постоянно остающееся впечатление от изучения высшей нервной деятельности нашим методом – это чрезвычайная пластичность этой деятельности, ее огромные возможности: ничто не остается неподвижным, неподатливым, а все всегда может быть достигнуто, изменяться к лучшему, лишь бы были осуществлены соответствующие условия» [4, с. 122]. «Позже, благодаря работам профессора факультета психологии МГУ А.Р. Лурия было доказано, что способность одних отделов мозга брать на себя функции других мозговых отделов может быть успешно применена в клинике для разработки психологических методик восстановления утраченных психических функций у людей с поражениями различных отделов головного мозга» [4, с. 122]. Вопрос о сохранении умственных способностей актуален с возрастом, так как уже после 50–60 лет их потенциал постепенно уменьшается [4].

Среди отечественных ученых, занимающихся проблемами старения стоит отметить А.Л. Гребнева, В.В. Серова, Н.М. Михайлова, Н.В. Корнилова, Н.М. Амосова и многих других авторов.

В качестве теоретико-методологической основы данной работы выступают центральные концепции о повреждении высших психических функций при локальных поражениях мозга предложенные А.Р. Лурия.

Комплекс методов исследования работы составили: анализ научных источников, тестирование, наблюдение за участниками (мониторинг прогресса по параметрам: коммуникация, удовольствие, интерес, настроение) [22], метод математической обработки: критерий Вилкоксона.

Методики исследования:

– «Краткая шкала оценки психического статуса» (Mini-Mental State Examination, MMSE)» [25];

– «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)» [32];

База исследования: Санкт-Петербургское бюджетное учреждение «Комплексный центр социального обслуживания населения московского района». В исследовании приняли участие 30 человек пожилого и старческого возраста.

Теоретическая значимость данной работы заключается в расширении и углублении знаний о возможностях когнитивного тренинга, методах компенсации когнитивных нарушений лиц пожилого и старческого возрастов при нормальном старении.

Научная новизна работы состоит в разработке программы когнитивного тренинга для людей пожилого и старческого возрастов без деменции и без клинически выраженной тревоги и депрессии.

Практическая значимость состоит в прикладном характере проделанной работы, которая показывает эффективность описанных в данной работе мероприятий и упражнений когнитивного тренинга.

Старение населения сегодня признано всеми экспертами одним из основных глобальных вызовов развитию. «Политика Российской Федерации в сфере активного долголетия направлена на повышение качества жизни граждан старшего поколения, обретение ими большей самостоятельности и независимости, увеличение продолжительности жизни, сохранение и укрепление здоровья, улучшение социального и психологического благополучия, расширение возможностей их участия в различных сферах жизни общества и улучшение благодаря этому социально-экономической ситуации в стране» [15]. Наше исследование позволит выявить те процессы старения, которые более уязвимы в данной возрастной категории.

Личное участие автора выражается в формировании подхода к изучению проблемы, проведенном анализе известных теорий и практических

инструментов, разработке программы тренировки умственных функций для представителей старшего поколения и оценки результатов исследования.

На защиту выносятся следующие положения:

– применение комплекса упражнений когнитивного тренинга оказывает положительное влияние на когнитивные функции людей пожилого и старческого возрастов;

– применение комплекса упражнений когнитивного тренинга оказывает положительное влияние на эмоциональную сферу людей пожилого и старческого возрастов.

Структура магистерской диссертации: введение, две главы, заключение, список используемой литературы (32 источника). Основной текст работы изложен на 74 страницах, содержит 13 рисунков, 7 таблиц.

Глава 1 Теоретико-методологические основания исследования когнитивных функций при нормальном старении

1.1 Психологические аспекты нормального старения

Развитие психологии старения связано с расширением и усложнением социальной и психологической практической помощи, психотерапии, социальной защиты пожилых и старых людей [16].

«Пропаганда и обеспечение «активного старения», профессионального долголетия становится как актуальной задачей для социальной сферы, образования, здравоохранения, так и индивидуальной перспективой жизни человека. Профессиональному, социальному долголетию человека способствует развитие его как социально активной личности, как конкурентоспособного субъекта трудовой и творческой деятельности. Яркая продуктивная индивидуальность, высокий уровень самоорганизации, сознательная саморегуляция своего образа жизни и жизнедеятельности – вот ориентиры развития личности в современной геронтопсихологии» [16, с. 87–88].

«И хотя сформированный социальный стереотип старости как периода потерь, утрат и негативных изменений в психике человека крайне широко представлен в сфере социальной работы и здравоохранении, сама возможность продуктивного активного долголетия ярко демонстрируют классические для психологии развития типологии старения» [16, с. 88]. Например, Б.Г. Ананьев разработал типологию процессов старения, опираясь на идею о том, что интеллектуальная нагрузка, стимулирующая активность головного мозга, помогает поддерживать состояние коры больших полушарий и улучшает эффективность работы мозга [16]. «Это позволило выделить конвергентный и дивергентный типы старения: первый характеризуется снижением жизнеспособности человека и ограничением его психической деятельности; второй сопровождается активизацией

психического потенциала на фоне умеренного изменения жизнеспособности, человек имеет полную психическую сохранность, в ряде случаев, отмечается повышение творческой продуктивности. М.В. Ермолаева выделяет конструктивную (при стремлении к сохранению старых и формированию новых социальных связей, ощущать пользу; сохранению структуры смысла жизни, удовлетворенность жизнью) и деструктивную стратегии старения (стремление сохранить себя как индивида; выживание при угасании психофизиологических функций; распад структуры смысла). Г.В. Старовойтова установила два типа эмоциональных структур у долгожителей: сенильный – характеризуется общим снижением эмоциональной активности, естественным угасанием потребностей; ювенильный – характеризуется интенсивной и гармоничной жизнью. Долгожителям второго типа свойственен интернальный тип контроля, способность детерминировать события, происходящие в личной жизни, своим поведением, своими способностями» [16, с. 88].

В здоровом психологическом состоянии пожилой человек относится к своему возрасту как к естественному процессу протекания жизни, следующим за периодом зрелости. Большое значение приобретает то, с какими особенностями физиологических, психологических и социальных факторов люди встречаются на этом этапе, «...причем личностные особенности преломляют все отрицательные внутренние и внешние факторы, перекаладывая на старость ответственность за все» [16, с. 88].

Современными авторами выделяются три компонента в процессе старения:

- биологическое старение, определяющее снижение ресурса жизненных сил и приближение к смерти по мере ослабления здоровья;
- изменения в социальных ролях, по причине этого меняется поведение и положение в обществе;
- психологическое старение, которое предполагает поиск методов приспособления к возникающим трудностям и изменяющимся условиям жизни [16].

«Психологический аспект старения часто рассматривают применительно к сенсорно-перцептивной, интеллектуальной сферам, характеристикам личности, динамике творческой продуктивности. Кроме того, при определении пожилого возраста в качестве наиболее существенного признака служит социально-экономический «порог» – уход на пенсию, изменение социального статуса и социальных ролей. Психологическое старение определяется тем, как сам индивид представляет себе процесс своего старения, это специфическое ощущение собственной старости, которое обладает как объективными (снижение физических возможностей, увеличение времени реакции), так и субъективными проявлениями. Отсутствие четкой характеристики пожилого человека связано с тем, что процесс старения является очень индивидуальным» [16, с. 88–89].

Старение – системный и длительный процесс, затрагивающий все составляющие биопсихосоциальной природы человека в их взаимодействии и взаимовлияниях, в том числе в отдельных функциональных системах психики, постепенно нарастающих трудностей адаптации к внешнему миру и к изменениям в самом себе [11].

Старость – возрастной период жизни организма, наступающий за зрелостью [11].

Сам по себе процесс старения, очевидно, начинается с момента начала становления и развития человека. Процесс старения заложен в генетическую программу и обуславливается использованием и исчерпанием как энергетических, так и психологических ресурсов человека [13].

Для реализации задач социальной политики во многих государствах мира с 1962 г. используется периодизация Первого Мирового симпозиума геронтологов. Было принято считать 60–75 лет – пожилым, 75–90 лет – старческим, а свыше 90 лет – возрастом долгожителей [3].

Хотя в настоящее время отмечается тенденция увеличения продолжительности жизни, однако не всем удается сохранить оптимальное

качество жизни в старости. Во Всемирном докладе ВОЗ (2015) понятие «здоровое старение» определено как «...процесс развития и поддержания функциональной способности, обеспечивающей благополучие в пожилом возрасте» [6, с. 8]. При этом функциональная способность характеризуется «...внутренней способностью человека (то есть совокупностью всех физических и психических, включая психосоциальные, способностей человека), средой, в которой он или она живет (понимаемой в самом широком смысле слова и включающей физическую, социальную и политическую среду), и взаимодействием между ними» [6, с. 8].

Старение подразделяется на два типа: нормальное (естественное), соответствующее возрасту, и патологическое (преждевременное), вызванное ускоренными процессами увядания организма [18].

Преждевременное старение – частое явление, проявление которого характеризуется как следствие перенесенных ранее заболеваний, неблагоприятным воздействием окружающей среды, образа жизни, вредными привычками, и так далее [18].

При нормальном старении изменение физиологических систем организма происходит плавно, мало заметно. Это означает, что у человека сохраняется умственная и физическая активность, интересен окружающий мир до самого старческого возраста. Нормальным проявлением протекания процессов старения считают, когда в пожилом возрасте не наступает изменение характера. Следовательно люди с возрастом заметно не меняются, остаются такими же, какими были ранее [18].

Следует подчеркнуть, что при различных вариантах нормального старения важную роль играют такие характеристики психической активности, как степень сформированности и структура познавательной деятельности в индивидуальном развитии, особенности когнитивных стилей, образовательный уровень, характер профессиональной активности и ее продолжение в пожилом возрасте, эмоциональный статус стареющего человека, оснащенность стратегиями регуляции поведения [19].

В концепции А.Р. Лурии «О трёх блоках мозга» все психические функции зависят от деятельности трёх основных анатомически и функционально взаимосвязанных отделов головного мозга. Каждый блок имеет свое значение и играет свою роль. Первый блок мозга – отвечает за поддержание необходимого уровня энергии в работе психики. Второй блок мозга – ответственен за актуализацию операционального состава психической активности. Третий блок мозга – осуществляет произвольную регуляцию. Следует учитывать, что несмотря на возрастные изменения в мозге, активность каждого из указанных блоков отличается и распределена по разному [10].

Независимо, что нормальному старению свойственна многоаспектность и индивидуальность Н.К. Корсакова выделяет её типы.

«В отечественной нейрогеронтопсихологии в основу выделения вариантов нормального старения положен принцип выявления наиболее слабого и сензитивного к нагрузке в клинко-психологическом эксперименте нейропсихологического фактора, связанного с функциями первого, второго и третьего функциональных блоков мозга. В основе первого варианта старения лежит слабость «энергетического» обеспечения психической активности («энергетический» вариант). Второй вариант старения связан с дефицитом симультанности в переработке различной информации («пространственный» вариант). Третий вариант старения характеризуется снижением произвольной регуляции деятельности («регуляторный» вариант). Можно говорить и о четвертом, сочетанном варианте старения, где наиболее уязвимыми являются два фактора – «энергетическое» обеспечение психической активности и ее произвольная регуляция (недостаточная спонтанность, сужение сферы интересов, эмоциональная монотонность, повышенная забывчивость)» [18, с. 49].

Для разработки реабилитационных мероприятий и организации занятий по сохранению и развитию познавательных способностей может быть использована предлагаемая типология процессов старения.

Определенные высшие психические функции, подверженные наиболее выраженным нарушениям и нейропсихологические особенности, нуждающиеся в психологической помощи должны учитываться психологом как мишени воздействия в рамках тренинговых программ и упражнений [18].

Факторы риска декомпенсации, характерные для разных вариантов нормального старения, могут быть представлены в двух направлениях [11]. Первое направление – это усиление возрастных симптомов с увеличением дезадаптации при относительной сохранности мнестико-интеллектуального функционирования [11]. Вторым вариантом характеризуется прогрессирующим мнестико-интеллектуальным снижением в сочетании с социальной дезадаптацией, что в конечном счете, с высокой степенью вероятности приводит к деменции [11].

Исследования в области возрастной психологии демонстрируют, что формулировка определения старости остается актуальной из века в век. Сложность заключается в природе самого процесса старения: это постепенное изменение, лишённое четкой точки перехода от зрелости к пожилому возрасту. Важно учитывать, что старение представляет собой уникальный путь каждого человека, начинающийся в разное время для разных людей.

1.2 Особенности когнитивных функций и эмоциональной сферы в пожилом и старческом возрасте

В настоящее время процесс старения рассматривается как многогранный, неоднозначный и не поддающийся линейному описанию, поскольку он затрагивает все системы организма, включая психологическую сферу. В связи с этим выделяют специфические особенности познавательных процессов и характерные признаки возрастных изменений, которые проявляются при обычном физиологическом старении и обусловлены естественными трансформациями структуры и функций головного мозга.

«Нормальное (физиологическое) старение – этап онтогенеза, который характеризуется, с одной стороны, нарастанием возрастных симптомов снижения адаптации, а с другой – постоянным действием разноуровневых механизмов антистарения (витаукта по В.В. Фролькису), способствующих увеличению продолжительности жизни человека» [18, с. 48].

Следует указать, что психические расстройства не характерны для нормального старения [18]. «При этом возрастные изменения наблюдаются во всех познавательных процессах: восприятии, внимании, оптико-пространственной деятельности, речи, памяти, мышлении. Поскольку все указанные психические функции имеют сложную структурную организацию, а на позднем этапе онтогенеза продолжают действовать общие законы психического развития (гетерохронности, гетеротопности, гетеродинамичности изменений в психике), возрастные изменения могут быть неравномерными по времени их возникновения, степени выраженности и темпу нарастания дисфункций, приводящих к снижению адаптационных возможностей» [18, с. 48].

Для многих людей идея когнитивного старения часто вызывает смесь страха и смирения с тем, что считается неизбежным: постепенное угасание базовых способностей, таких как память и мышление, что приводит к ограничениям автономии и благополучия. Этот мрачный взгляд не только противоречит жизненному опыту многих здоровых пожилых людей, которые сообщают о незначительных когнитивных ограничениях в повседневной жизни, но и объективным данным, основанным на литературе по когнитивному старению [26].

«Когнитивные (познавательные, высшие корковые) функции – это наиболее сложные функции головного мозга, необходимые для социального, бытового и трудового функционирования человека» [23, с. 26]. Когнитивные процессы позволяют нам понимать мир вокруг посредством получения информации, ее обработки, анализа, запоминания и хранения и последующего синтеза новых данных, реализации стратегий поведения [9].

«К когнитивным функциям относят гнозис, память, внимание, праксис, речь, зрительно-пространственное восприятие, регуляторные (управляющие) функции, мышление. Предложено также рассматривать социальный интеллект в контексте когнитивной деятельности» [23, с. 26].

«Восприятие (гнозис) – это способность воспринимать и распознавать информацию» [23, с. 27].

«Память – это способность регистрировать, сохранять и многократно воспроизводить полученную информацию» [23, с. 27].

«Внимание – это способность своевременно реагировать на поступающие сигналы, концентрироваться и сохранять в течении необходимого времени умственную работоспособность, разделять информационные потоки» [23, с. 27].

«Праксис – это способность формировать, сохранять и применять двигательные программы (навыки)» [23, с. 27].

«Речь – это способность к вербальной коммуникации, включая понимание обращенной речи, собственную речь, чтение и письмо» [23, с. 27].

«Регуляторные функции – это способность к планированию и контролю повседневной деятельности и поведения, включая выбор цели построение программы, переключение с одного этапа программы на другой, сопоставление полученного результата с поставленной целью, внесение необходимых корректив при промежуточном анализе деятельности» [23, с. 27].

«Зрительно-пространственные функции – это формирование целостного представления о форме, размерах объекта, его расположения в пространстве по отношению к другим объектам» [23, с. 27].

«Мышление (интеллект) – это умение анализировать информацию, выносить суждения и умозаключения» [23, с. 27].

«Социальный интеллект – это способность к пониманию эмоций, мотивов и логики поступков других людей» [23, с. 27].

«Главное изменение познавательных способностей в пожилом возрасте – снижение скорости выполнения умственных операций. Функции, от которых зависит скорость выполнения операций, обнаруживают спад. Пожилой человек имеет больше знаний, но медленнее думает, у него возрастает время реакции и замедляется обработка перцептивной информации» [16, с. 90].

«Интеллектуальная активность выступает в качестве одного из условий, тормозящих темп нарастания возрастных изменений психики. Лонгитюдинальные исследования показали, что люди сохраняют высокий интеллект в пожилом возрасте, но имеются изменения в структуре интеллекта» [16, с. 90]. Возрастают показатели интеллекта, связанные с накопленным опытом, снижаются – со способностями к усвоению новых знаний [16]. При высоком уровне образования снижение не наблюдается. Не изменяются те вербальные познавательные функции, которые связаны с запасом знаний, способностью к категориальному обобщению и пониманию слов [16].

Самая частая жалоба у людей пожилого возраста – это снижение памяти. Это объяснимо, поскольку память наиболее сложная по составу психическая функция, имеющая многослойную структуру. В реализации мнестической деятельности участвуют почти все структуры головного мозга. Необходимо отметить, что особую роль в процессах, связанных с памятью, играют такие общие характеристики психической активности, как мотивация деятельности, намерения, цели, интересы, контроль [11].

В связи с этим когнитивная неудовлетворенность своей памятью может определяться общей недостаточностью побуждения к познавательной деятельности. При высоком уровне мотивации запоминание может проходить более успешно. Так, стареющие люди лучше запоминают сведения, необходимые для передачи другому лицу. При снижении активности, направленной на лечение соматического заболевания, в случае

улучшения состояния организма пожилые люди забывают принимать необходимые лекарства [11].

Кроме того, ограничения в процессах памяти могут быть связаны с изменением временной перспективы жизни. Стареющие люди по мере увеличения возраста все больше живут в текущем времени, поэтому запоминать что-то на более длительный срок представляется им чем-то неопределенным. Память на прошлое у стареющих людей не вызывает «когнитивной неудовлетворенности». Более того, обращение к памяти на прошлое во многом способствует сохранению в позднем возрасте самооценки и самоидентичности [11].

В позднем возрасте происходит сужение объема запоминания. Это зависит от того, как формировались индивидуальные возможности памяти на предыдущих этапах онтогенеза [11].

Нарушение памяти влечет за собой ухудшение концентрации внимания, быструю истощимость ресурсов организма, подверженность резкому изменению настроения и ослабление когнитивной функции по выделению необходимой информации. Последнее тесно связано с расстройством внимания, характеризуется неспособностью фиксировать внимание на определенном виде деятельности или выделять нужную информацию из серии разных стимулов [21].

Особенностью пожилых людей является стремление к проверенным временем способам действий, и снижение продуктивности при задачах, требующих активного использования памяти и анализа информации. Также стоит отметить, что после 65 лет процесс освоения нового материала обычно протекает медленнее.

Широко распространено мнение, что с возрастом неизбежно снижается способность запоминать информацию. На самом деле, со слов более чем 65% людей старшего поколения жалуются на память, несмотря на многочисленные методы профилактики когнитивных нарушений [7]. «Изменения происходят в механизмах памяти. У людей в возрасте 70–90 лет

больше страдает механическое запоминание, лучше всего сохраняется логическая память, а образная память по инволюционным сдвигам занимает промежуточное положение. Смысловая память в старческом возрасте является ведущим типом памяти» [7, с. 34].

Хотя понятие когнитивного старения обычно ассоциируется с ухудшением функций, большой объем научных данных свидетельствует о том, что когнитивное старение более точно характеризуется как разнонаправленное, так что некоторые траектории когнитивных изменений включают области стабильности и роста (например, общие знания), а в других отмечается снижение функции (например, эпизодическая долговременная память) [27].

В старческом возрасте фундаментом памяти служит способность устанавливать логические связи. Учитывая неразрывную взаимосвязь логической памяти и мыслительных процессов, вполне вероятно, что у пожилых людей интеллект остается достаточно сильным, однако он характеризуется некоторой замедленностью, фиксированностью взглядов, длительным обдумыванием ситуаций и повышенной требовательностью к другим людям при одновременном снижении самокритичности [10].

А.Р. Лурия и Л.С. Выготский указывали на роль речевой деятельности в регуляции всех видов деятельности психической активности. «Именно поэтому при старении, когда перед человеком встает задача повседневной адаптации к изменяющему миру и к изменениям в самом себе, речь приобретает особую регуляторно-адаптационную и компенсаторную функции» [10, с. 29].

«Наиболее часто и довольно рано в «третьем возрасте» встречаются усугубляющиеся с возрастом ограничения в понимании речи (импрессивная речь), преимущественно в слуховой модальности. В диагностической практике это, как правило, проявляется в виде «застревания» человека на отдельных фрагментах воспринимаемой фразы, в попытках их удержания в

оперативной памяти для соединения двух обозначенных выше перцептивных действий» [10, с. 29–30].

«Также не менее часто встречаются у стареющих людей особенности в экспрессивной речи. Одна из них – трудности своевременного и точного нахождения нужного слова при построении высказывания («амнестические западания» по А.Р. Лурии) – сопровождает нас в течении всей жизни. Однако при старении она может приобретать «пограничную» с амнестической афазией степень выраженности, обременяя пожилого человека тревогой в сфере общения и в профессиональной деятельности» [10, с. 31].

В целом, познавательные функции людей старшего возраста демонстрируют наибольшую стабильность там, где они являлись приоритетными в течение взрослой жизни и регулярно использовались. У ученых, например, не изменяются с возрастом общая эрудиция и словарный запас, у инженеров – математическое мышление, у водителей и летчиков – острота и поле зрения [20].

Проблемы с памятью, концентрацией и когнитивными функциями нередко обусловлены эмоциональным неблагополучием, таким как тревога и стресс. Немаловажным фактором является смена жизненной роли после выхода на пенсию, что приводит к уменьшению социальных контактов и потере мотивации к изучению нового. В результате многие люди преклонного возраста сосредотачиваются исключительно на бытовых задачах и существуют преимущественно благодаря прошлому опыту. Сокращение двигательной активности также усугубляет ситуацию, поскольку ограничивает возможности для взаимодействия с окружающими [20].

При анализе характеристик старшего поколения часто встречаются утверждения об обособленном психологическом кризисе, возникающем в этот период. Важно подчеркнуть, что хотя понимание этого кризиса варьируется, большинство исследователей (таких как Э. Эриксон, Б.Г. Ананьев, В. Франкл и другие) согласны с тем, что он обусловлен

необходимостью оценки значимости и цели прожитых лет. Этот возрастной кризис представляет собой своего рода ревизию прошлого, которая порой приводит к осознанию отсутствия глубокого смысла в прожитом времени. Что касается влияния на эмоциональную сферу, то среди специалистов нет однозначного согласованного взгляда. С одной стороны, выявлены биохимические сдвиги, располагающие по мере старения к более частому проявлению депрессивного и тревожного состояния, а с другой – не обнаружено существенного изменения высших эмоций у людей позднего возраста, хотя и подчеркивается полиморфизм их эмоциональной характеристики [11].

Пожилой человек начинает чувствовать одиночество, когда круг его общения сужается, ослабевают родственные связи по различным причинам, и человек может потерять помощь и поддержку со стороны окружающих. Пожилые люди испытывают потребность в уходе и заботе, в желании передать опыт и знания окружающим людям.

Роль дружеских контактов и коммуникационного обмена увеличивается. С возрастом круг социальных связей, обычно, уменьшается, отношения с близкими и друзьями могут стать менее крепкими по разным причинам, что нередко вызывает чувство изоляции и лишает необходимой помощи. В то же время, людям преклонного возраста требуется участие и внимание, им важно чувствовать интерес к их опыту и мудрости. Общение с друзьями и обмен информацией приобретают особую значимость. Поэтому недоброжелательное отношение негативно сказывается на уверенности и спокойствии пожилого человека. Нехватка общения и уменьшение социальной возможности приводят к переосмыслению жизненных ценностей. Особенно восприимчиво пожилые люди реагируют на проявления заботы и внимания [2].

Часто с возрастом люди становятся чрезмерно разговорчивыми, их высказывания изобилуют деталями и отклоняются от главного вопроса. Обычно это указывает на недостаток социальных связей. Им кажется

необходимым любой шанс обменяться мыслями, поскольку умение налаживать отношения уменьшается, а близкие уже хорошо знакомы со всеми историями. Когда общение становится менее выразительным относительно эмоций, это приводит к упрощению восприятия мира и установлению шаблонных форм взаимодействия в повседневной жизни. У пожилых людей, склонных к такому упрощенному мышлению, часто проявляется излишняя строгость, утрата способности видеть комичное, ранимость, беспокойство и подозрительность. В результате многие представители старшего поколения испытывают психосоматические недуги, убеждая себя в безнадежности своего состояния и принимая хроническое заболевание за естественное явление старости. Такие проблемы, обычно, берут свое начало в неверных представлениях, нереализованных желаниях и душевном беспокойстве. Молодым людям необходимо проявлять интерес, сочувствие и заботу к своим близким пожилым родственникам [2].

1.3 Диагностика когнитивных нарушений и способы их профилактики в пожилом и старческом возрасте

Нарушение когнитивных функций представляет собой значимую медицинскую и социальную задачу глобального масштаба, поскольку она затрагивает существенную часть населения, особенно в связи со старением общества. Наблюдается устойчивое повышение числа людей, испытывающих трудности с памятью и мышлением по разным причинам, что подчеркивает актуальность этой проблемы для медицины и социума. Примерно от 16% до 19% взрослого населения сталкиваются с проблемами средней степени выраженности в области памяти и умственной деятельности. Причинами этого служат несколько факторов: увеличение возраста населения в развитых государствах, ухудшение экологической ситуации. За год около 15% пациентов с начальными нарушениями когнитивных функций демонстрируют переход к состоянию деменции, через три года этот

показатель увеличивается до 50%, а по истечении шести лет – может составлять 80% [1].

Когнитивные расстройства (КР) – «...это снижение умственной или интеллектуальной функции: памяти, мышления, внимания и так далее. Они варьируются от легких когнитивных расстройств до тяжелой деменции» [1, с. 635].

Люди с умеренными нарушениями могут замечать изменения когнитивных функций, но в то же время на данном этапе не нарушается способность к самообслуживанию [1].

Легкие КР характеризуются скудной симптоматикой и низкой интенсивностью, которая совсем не сказывается на повседневную активность. Типичными признаками слабого когнитивного дефицита являются кратковременная потеря памяти, эпизодические проблемы с концентрацией внимания, быстрая утомляемость во время умственных нагрузок и другое. Обычно легкие КР не заметны для окружающих, но могут быть заметны для самого человека [1].

«Деменция – грубые нарушения когнитивных функций, влекущие социальную и профессиональную дезадаптацию. Если когнитивные нарушения еще не достигли степени тяжести деменции (главный критерий – отсутствие социальной, бытовой или профессиональной дезадаптации), но уже приводят к затруднениям при осуществлении сложных повседневных действий и обучения, говорят о недементных (додементных) расстройствах» [1, с. 635].

Чтобы выявить факторы, вызывающие результаты когнитивного ухудшения, связанного с возрастом, многие научные работы посвящены изучению скорости изменений в определенных участках головного мозга у одного человека, а также у разных людей. Во-первых, длительные исследования, отслеживающие изменения у одного человека на протяжении времени, обычно характеризуются более умеренным снижением когнитивных функций в сфере подвижного интеллекта, которое начинается в

позднем среднем возрасте, по сравнению с более линейным снижением с раннего взрослого возраста, наблюдаемым в одномоментных исследованиях в сравнении между возрастными группами в один момент времени [28].

«Когнитивными расстройствами разной степенью тяжестью страдают до 25% людей преклонного возраста. В основе них могут быть как естественные возрастные изменения, так и различные заболевания головного мозга (терапевтические, депрессии, инфекционные и воспалительные заболевания, черепно-мозговая травма, нарушения обмена веществ)» [20, с. 65].

Запоздалое выявление когнитивных отклонений влечет за собой ряд значительных трудностей. Прежде всего, люди недостаточно осведомлены об этой проблеме. Из-за этого пациенты и их близкие нередко откладывают визит к специалисту, дожидаясь критической стадии, когда теряются элементарные умения ухода за собой. Поэтому важно проводить психодиагностику когнитивных функций как можно раньше [23].

Многие люди ошибочно полагают, что восстановление памяти невозможно. Однако клиническая практика свидетельствует об обратном: благодаря современным достижениям в области медицины и фармацевтики, коррекция когнитивных проблем, особенно при своевременном вмешательстве, может быть весьма результативной. Поэтому в настоящее время необходимо проведение диагностики когнитивных функций пожилых людей для профилактики и лечения деменции и обнаружения проявления первых симптомов этого заболевания [8].

«Для исследования когнитивных функций у пожилых пациентов наиболее часто используют методики: шкала общего клинического впечатления (CGI), мини-тест для оценки когнитивного статуса (MMSE), тест «Вербальные ассоциации», шкала лобной дисфункции, тест рисования часов, Бостонский тест называния, тест деменции Маттиса, тест запоминания 10 слов (по методу А.Р. Лурия), Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA-тест), запоминание и пересказ короткого текста (например,

«Галка и голуби» по методу А.Р. Лурия), экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении (по методике Н.К. Корсаковой, Е.Ю. Балашовой, И.Ф. Рощиной), экспресс-методика оценки когнитивных функций пятиминутный когнитивный тест (Five-minute Cognitive Test) (по методике К.П. Тужикова, В.Б. Войтенкова), экспресс-оценка когнитивных способностей Rapid Cognitive Screen (RCS) и другие» [20, с. 66].

На сегодняшний день психологические тесты остаются основным научно обоснованным способом определения уровня интеллекта, а при условии понимания их недостатков они способны служить инструментом диагностики и отслеживания изменений у людей, страдающих нарушениями познавательных функций.

«Для качественной оценки состояния больного необходимо соблюдать ряд условий. Исследование состояния интеллектуально-мнестических функций должно проводиться в утренние часы в отдельном помещении при достаточном освещении и исключении внешних звуковых раздражителей. Обследуемые должны слышать, понимать обращенную речь, иметь остроту зрения, достаточную для восприятия заданий (допускается использование очков для чтения)» [7, с. 60]. Если человек жалуется на усталость, плохое самочувствие, мешающих ему пройти обследование, необходимо дать ему время отдохнуть или запланировать проведение исследования на другое время [7].

«Существует множество заболеваний, в результате которых у пожилых людей могут возникнуть различные нарушения интеллекта (болезнь Альцгеймера, заболевание Пика, синдром Стила-Ричардсона-Ольшевского, болезнь Паркинсона и другие). Своевременная диагностика когнитивных нарушений помогает предупредить развитие этих заболеваний и принять необходимые меры для предотвращения прогрессирования болезни» [20, с. 66].

«Профилактические мероприятия имеют первостепенное значение и должны проводиться у всех лиц пожилого возраста, особенно при появлении первых симптомов когнитивной дисфункции. Среди основных направлений профилактики можно выделить базисные, первичные и вторичные мероприятия» [23, с. 64].

«К базисной профилактике относятся:

- отказ от курения;
- ограничение употребления алкоголя;
- поддержка физической активности, регулярная физическая нагрузка;
- повышение уровня образования;
- соблюдение диеты;
- борьба с избыточной массой тела;
- предотвращение черепно-мозговых травм;
- активная социальная позиция» [23, с. 64].

«К первичной профилактике относятся:

- контроль и коррекция артериального давления;
- коррекция гиперхолестеринемии;
- коррекция сахарного диабета;
- коррекция гипергомоцистеинемии;
- коррекция нарушений сна;
- коррекция нарушений слуха (в том числе использование слуховых аппаратов);
- коррекция аффективных нарушений» [23, с. 64].

«К вторичной профилактике относятся:

- контроль и коррекция артериального давления;
- контроль и коррекция нарушений ритма;
- коррекция сердечной недостаточности;
- коррекция гиперхолестеринемии;
- коррекция сахарного диабета;
- коррекция гипергомоцистеинемии;

– лечение соматических заболеваний, способных привести к развитию и прогрессированию когнитивных нарушений» [23, с. 64].

Базисная профилактика охватывает широкий спектр мер, в том числе регулярные физические упражнения, сбалансированное питание, отказ от курения, умеренное потребление спиртного и тренировку умственных способностей. Успешное воздействие хотя бы на четыре из этих аспектов способно снизить вероятность возникновения проблем с памятью и мышлением на целых 60%. Важность превентивных действий особенно подчеркивается устойчивостью когнитивных отклонений, что позволяет выявить умеренное нарушение когнитивной функции [23].

Регулярные занятия спортом помогают предотвратить возникновение болезней сосудов головного мозга, сахарного диабета, ожирения и повышенного кровяного давления, а значит, прежде всего – риски сосудистого поражения мозга, однако и другие факторы также играют роль. «Метаанализ показал, что высокий уровень физической активности снижает вероятность развития деменции на 38%. В Швеции в 44-летнем наблюдательном исследовании с участием женщин установлено, что занятия фитнесом три раза в неделю способствовали снижению вероятности развития деменции на 88%» [23, с. 64].

Диета. Согласно результатам исследования PREDIMED, питание по образцу средиземноморского рациона, богатая антиоксидантами, в которой содержатся такие продукты как орехи, ягоды, оливковое масло, положительно влияет на умственные способности и память у людей старшего возраста. «Бессолевая и низкожировая диета DASH, разработанная для борьбы с артериальной гипертензией, также может способствовать улучшению памяти и регуляторных функций и способности к обучению. Предложена комбинация «средиземноморской» диеты и DASH-диеты, так называемая MIND-диета (Mediterranean Intervention for Neurodegenerative Delay), обладающая способностью замедлять прогрессирование болезни Альцгеймера» [23, с. 65].

Отказ от курения. Современные исследования однозначно свидетельствуют о том, что курение повышает вероятность возникновения деменции любого типа, а риск заболевания болезнью Альцгеймера при этом намного больше по сравнению с риском сосудистой варианта деменции [23].

«Ограничение приема алкоголя. Умеренное употребление алкоголя по данным некоторых исследований связано со снижением риска развития деменции. Вместе с тем алкоголизм приводит к дефициту витамина В1, гиппокамальному повреждению и более быстрому прогрессированию мнестических вербальных нарушений, что показано в крупном 30-летнем наблюдательном исследовании» [23, с. 65]. Следовательно, человеку, имеющему когнитивные нарушения, необходимо полностью отказаться от употребления спиртного.

Также к профилактике сохранения познавательных функций относится «...интеллектуальная, социальная активность и образование (тренировка мозга)» [23, с. 66].

Изолированность от других людей и ощущение одиночества выступают в качестве предрасполагающих факторов к развитию деменции, повышая риск её появления [23].

Регулярные упражнения для ума, такие как разгадывание кроссвордов и головоломок, оказываются очень полезными. Меньше подвержены риску развития деменции люди, владеющие несколькими иностранными языками и использующие их в общении, а также имеющие высшее образование. Научно подтверждено, что когнитивные функции требуют постоянной стимуляции. У людей с развитыми интеллектуальными способностями болезнь Альцгеймера встречается реже [20]. Поддержание умственной активности посредством решения задач, игры в шахматы или изучения новых языков крайне важно. Кроме того, положительное влияние оказывают просмотр фильмов, прослушивание музыки, чтение, творческие занятия (рисование и танцы), а также времяпрепровождение на природе. Особенно благоприятным

воздействием на эмоциональное состояние обладают походы в театр и посещение концертов классической музыки [20].

Поддержание активности мозга посредством прямой тренировки памяти, например, путём механического заучивания списков слов, изображений или объектов, зачастую оказывается недостаточно результативным. Гораздо полезнее будут упражнения, направленные на улучшение концентрации внимания, скорости обработки информации, общей умственной выносливости и психомоторной координации. Кроме того, стоит научить пожилого человека техникам облегчения запоминания и предлагать им при необходимости связывать новую информацию с выразительными образами или конкретными жизненными моментами [23].

1.4 Особенности проведения когнитивного тренинга для лиц пожилого и старческого возраста

Одна из самых распространенных и опасных форм возраст ассоциированных состояний – когнитивный дефицит, проявляющийся снижением памяти, концентрации внимания, расстройствами психомоторной координации, речи, узнавания, нарушениями ориентации, мышления, что может вести к развитию тяжелого когнитивного расстройства – деменции [14].

Возраст сам по себе не может быть скорректирован, но деятельность, образование, физическая активность, когнитивный тренинг – это факторы, которые можно изменять с целью улучшения когнитивного здоровья и уменьшения вероятности возникновения проблем с памятью и мышлением.

Учитывая это, особенно важны всесторонние меры по предотвращению и устранению проблем с возрастными изменениями, где ключевую роль играет умственная тренировка. Прежде всего необходимо уделить внимание методам коррекции нарушения памяти (реминисцентная психотерапия,

ориентация на реальность, когнитивная стимуляция и когнитивная реабилитация) [14].

Реминисцентная терапия, также известная как психотерапия через воспоминания, представляет собой подход, направленный на пробуждение в людях приятных моментов из их жизни. Для этого используют различные стимулы – музыкальные произведения, изображения, фотографии. К примеру, участнику в рамках групповых занятий может быть предложено поделиться личной вещью, имеющей особое значение, и рассказать о ней историю. Такой обмен опытом стимулирует воссоздание аналогичных ситуаций в памяти остальных присутствующих, что порождает увлекательную беседу для всей аудитории [14].

Ориентация на реальность (англ: reality orientation) – психотерапевтический подход, использующийся для поддержания памяти и мышления у пожилых людей с изменением психического функционирования. Применяются речевые и письменные воспоминания о прошлых и сегодняшних событиях для поддержания связи с повседневной активностью. Основные методы, направленные на ориентацию на реальность, проводятся в группах. На занятиях пожилым людям помогают понять их роль и положение в обществе, сообщают о текущем моменте и месте нахождения, а также делятся мнением о происходящих событиях вокруг [14].

Когнитивная стимуляция – набор персональных и групповых заданий, разработанных с учетом индивидуальных возможностей каждого человека для улучшения или поддержания когнитивных функций таких как памяти, внимания и мышления. К популярным методам относятся занятия по разгадыванию ребусов, собиранию пазлов, решение кроссвордов, числовых головоломок [14].

Целью когнитивной реабилитации является помощь пожилому человеку быть самостоятельным в повседневной активности, адаптироваться к возможным изменениям, связанными с возрастом и текущими событиями. В процессе когнитивной реабилитации психологи работают над выявлением

персональных потребностей людей с когнитивными нарушениями, определяются с целями и задачами, разрабатывают план и создают стратегию их решения [14].

Если пожилые люди испытывают стремление к обучению и обладают внутренней мотивацией, это однозначно указывает на целесообразность посещения специализированных практических занятий. Если же этого желания нет, специалист в области психологии может обнаружить первые признаки проблем с познавательными функциями посредством диагностических методик, выяснить беспокоит ли человека забывчивость и рассеянность, будет ли он готов работать над улучшением этих навыков.

Показаниями для участия как в групповой так и в индивидуальной формах тренинга являются также изменения в эмоциональной сфере позднего возраста, различные заболевания, сопровождающиеся снижением памяти, внимания, мышления.

Групповые методы работы рекомендованы для пожилых людей, так как они ограничены социальными связями, необходимо учитывать возраст и психологические особенности людей.

На этапе формирования группы психолог предварительно встречается с каждым потенциальным участником программы и проводит диагностику когнитивной сферы. Основная задача беседы познакомиться, сформировать интерес к работе в группе, мотивировать на результаты после прохождения курса. Обычно, люди уже сами осознают проблемы с нарушением памяти и хорошо отзываются на предложение быть участником тренинга. Бывает, что в ходе предварительной беседы не получается создать достаточно высокую мотивацию к занятиям, тогда человеку предлагается посетить пробное групповое занятие, после чего он самостоятельно принимает решение о возможности участия в групповых занятиях [13].

У тренера (психолога) должна быть возможность наблюдать за любым изменением состояния каждого участника группы. Поэтому количество участников в группе не должно превышать 8–10 человек. Состав участников

группы не должен меняться, так как принципом проведения занятий является «от простого к сложному». Комплекс упражнений подбирается тренером, учитывая данные первичной тестовой диагностики. Время проведения занятия – 45–60 минут. Курс рассчитывается индивидуально, зависит от потребностей и возможностей заказчика программы, обычно, на 6–10 посещений 2 раза в неделю. Для стационарных получателей услуг курс может быть длительнее по количеству занятий от 10–12 посещений 2–3 раза в неделю. Рекомендуется для проведения занятий выбирать утренние часы. По окончании курса занятий предлагается домашнее задание индивидуально для каждого участника, а также рекомендуется повторное прохождение курса 2 раза в год [13].

Участие в групповом занятии программы противопоказано пожилым людям с неудовлетворительным общим состоянием, выраженном психозе, полном отсутствии мотивации к занятиям. Если человек находится на терапии приема седативных средств, например, транквилизаторов и нейролептиков, приводящих к выраженной заторможенности и сонливости, то психолог учитывает этот факт при включении человека в программу [13].

Со времен Великой Отечественной войны, когда А.Р. Лурия и группа советских психологов трудились в госпитале в городе Кисегач с военнослужащими, получившими повреждения головного мозга и страдающими от расстройств высших психических функций, были заложены основы нейрореабилитационной системы А.Р. Лурии [18]. Принципиальные положения и конкретные подходы доказали свою эффективность в процессе нейропсихологического восстановления и коррекции психических нарушений у пациентов после травм и заболеваний головного мозга. Данные методики также применяются и в работе с пожилыми людьми, испытывающими различные формы ухудшения познавательных функций, и оказывают положительное влияние на них [18].

На всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Третьи Поляковские чтения по клинической

психологии (к 95-летию Ю.Ф. Полякова)» в 2023 году от Московского государственного психолого-педагогического университета в рамках научно-исследовательского проекта «Профилактика когнитивных дефицитов у лиц пожилого и старческого возраста» были обозначены основные принципы программы для реализации когнитивного тренинга для психологов [17].

«Пять руководящих принципов построения программы:

- использование всех пяти чувств для стимулирования когнитивных функций;
- направленность на преодоление трудностей повседневной жизни;
- учет эмоциональных состояний и индивидуальных предпочтений;
- эмпирическое и не прямое обучение (обобщение важной информации о себе и своем мире);
- взаимность – люди с деменцией и те, кто о них заботится, узнают больше о способностях и уязвимости друг друга» [17].

Сотрудниками Московского государственного психолого-педагогического университета на конференции были представлены принципы реализации программы когнитивного тренинга, в основе которого лежит биопсихосоциальная модель деменции (biopsychosocial (BPS) model of dementia) [17].

В таблице 1 представлены принципы реализации когнитивного тренинга.

Таблица 1 – Принципы реализации когнитивного тренинга

Принцип	Цели принципа
Стимуляция психической деятельности	Улучшение когнитивных и коммуникационных навыков с помощью обсуждения, стимулирующего психическую деятельность.
Новые идеи, мысли и ассоциации	Поощрение новых идей и мнений путем создания новых семантических связей.
Использование ориентировки	Включение информации об ориентировке в общее обсуждение.
Воспоминания как помощь здесь и сейчас	Использование тем для выражения мнения, а не для проверки фактов.
Мнение, а не факты	Сравнение прошлого и настоящего для ориентировки.
Физическая активность	Тренировка моторных навыков с помощью движений и игр.
Триггеры и подсказки – помощники для памяти и внимания	Поддержка обучения с помощью мультисенсорных сигналов и информационной доски.
Преимственность и последовательность занятий	Создания целостности и привычности занятий.
Обучать не поучая	Позволить обучению и запоминанию происходить естественно.
Стимуляция речи	Содействие общению и беседе.
Стимуляция исполнительских функций	Использование занятий для поддержки планирования деятельности и организации мышления.
Главное – человек	Видеть человека и его уникальность.
Уважение	Уважение и достоинство для всех и каждого.
Вовлеченность и включенность	Поддерживать вовлеченность каждого.
Выбор	Формы активности гибкие и адаптированы к возможностям участников.
Радость	Создание атмосферы радости и удовольствия.
Максимальное использование потенциала	Оптимизирование условия обучения для поддержания потенциала человека.
Укрепление отношений	Построение дружеских отношений.

«Эти принципы частично базируются на понимании терапии деменции, изложенном Томом Китвудом, который подчеркивал важность личностного подхода к людям с деменцией» [29].

Трудности в проведении практических занятий, включающих элементы тренинга могут быть связаны с нежелательными реакциями психолога: отсутствие зрительного контакта, демонстрация недовольства, апатичное выражение лица, постукивание по поверхности, постоянное отслеживание

времени, перелистывание бумаг [13]. Также психологу следует обращать внимание на свои жесты, мимику, позы, интонации. Нарушить работу занятия могут такие фразы как «очевидно», «давайте решим это позже», «у нас мало времени» и другие [13].

Обычно в течение первых двух-трех занятий участники тренинга часто испытывают психологический барьер – это закономерная ответная реакция на сложности групповой деятельности и дискомфорт от ощущения недостаточной готовности к полноценному выполнению поставленных задач.

Психолог должен быть готов к негативным реакциям со стороны участников группы и владеть методами их коррекции, которые могут проявляться в виде:

- нежелания приступить к заданию («я так никогда не повторю», «у меня ничего не получится», «я уже не в том возрасте»);
- смех или шутки, обращенные к другим участникам группы, что может свидетельствовать о сильном напряжении пожилого человека. Важно в такой ситуации оказать поддержку и подобрать подкрепляющие слова;
- молчаливое избегание участия в общем обсуждении или уклонение от взаимодействия с группой часто обусловлены низкой уверенностью в себе, боязнью критики и сложностью формулирования собственных мыслей. Чтобы понять суть проблемы, стоит попытаться выявить её первопричины. Возможно, потребуется скорректировать задание или задать конкретный вопрос, чтобы облегчить задачу участнику;
- болтливость с отдельными участниками группы не по теме занятия, игнорируя происходящее в основной группе, может говорить о рассеянности или сложности сосредоточиться на понимании задачи.

Успешно справившись с предыдущими сложностями, пожилые люди адаптируются к условиям нахождения в группе и уверенно включаются в работу тренинга к следующему занятию [13].

Тренер должен ясно и отчетливо объяснять задание, говорить достаточно громко и разборчиво. Важно избегать запутанных фраз и сложных слов, чтобы все было понятно. После занятия важно, чтобы люди почувствовали себя увереннее и настроились позитивно на предстоящие встречи программы [13].

Благоприятное воздействие на участников программы достигается наличием эмпатии у психолога, например, выражение радости, утвердительных движений головы, установления зрительного контакта, положительной обратной связи. Рекомендуется применять такие формулировки как: «верно», «отлично выполнено», «что ещё можете предложить», «попробуйте представить, что если...». Называя каждого члена группы по имени и фамилии, стимулируются любые ответы на поставленные задачи [13].

Выводы по первой главе

Поддержание оптимального состояния познавательных способностей необходимо для обеспечения достойного уровня жизни в наши дни. Учитывая повсеместность проблем с когнитивными функциями, обусловленных разнообразными факторами, возникает необходимость поиска эффективных стратегий коррекции и адаптации к ним. Когнитивная тренировка – один из перспективных подходов к решению этой актуальной задачи, представляющий собой спланированный и постоянный комплекс упражнений, направленных на активацию определенных когнитивных процессов и укрепление их работы. Благодаря этому методу растет интерес как к восстановлению утраченных когнитивных возможностей при болезнях, так и к поддержанию ясности ума в процессе естественного старения [4].

Задачами занятий являются:

– повышение уровня самооценки, профилактика депрессии;

- повышение компетентности, способности нести ответственность за свою жизнь;
- поддержание в активном состоянии сохраненных функций памяти и мышления;
- повышение выносливости по отношению к физическим и эмоциональным нагрузкам;
- преодоление страха физического увядания и приближающейся смерти.

Таким образом, в рамках первой главы мы изучили аспекты возрастных когнитивных изменений, эмоциональной сферы и особенности проведения программы когнитивного тренинга для лиц пожилого и старческого возраста.

Глава 2 Эмпирическое исследование эффективности программы когнитивного тренинга, разработанного для лиц пожилого и старческого возраста

2.1 Описание выборки и методов исследования

Цель эмпирического исследования – изучить когнитивные функции, степень выраженности депрессии и тревоги у лиц пожилого и старческого возраста при применении комплекса упражнений когнитивного тренинга; разработать программу когнитивной тренировки для людей пожилого и старческого возраста.

Исследование проводилось в следующем порядке:

- организационный: выбор диагностических методик, формы проведения исследования, определение выборки испытуемых и места исследования;
- сбор данных: сбор и анализ данных по выбранным методикам первичной диагностики, выбор метода статистической обработки;
- разработка и реализация программы когнитивного тренинга;
- анализ данных: обработка, анализ и интерпретация данных первичной и повторной диагностик, оценка полученных результатов исследования;
- заключительный: подготовка выводов исследования.

В качестве теоретико-методологической основы данного исследования выступают научные работы в области психологии, социологии, педагогики. Психологические особенности людей пожилого возраста рассматриваются в работах Б.Г. Ананьева, Е.В. Блехарской, А.К. Болотовой, И.Н. Галасюк, В.В. Захарова, Е.П. Ильина, О.В. Красновой, А.Б. Локшиной, Н.Ю. Марчук, И.Ф. Рощиной, А.В. Рыбинской, Е.И. Степановой, А.Г. Соловьева, Е.В. Фроловой, Т.В. Шининой, Н.Н. Яхно и другими.

Исследование проводилось на базе Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Комплексный центр социального обслуживания населения Московского района» (КЦСОН Московского района).

КЦСОН Московского района начал работу в феврале 1996 года. Его основная задача – предоставление услуг социального обслуживания людям старшего поколения, лицам, не имеющим постоянной регистрации, инвалидам трудоспособного возраста, которые оказались в трудной жизненной ситуации и нуждаются в поддержке, согласно Федеральному Закону от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

В структуре СПбГБУ «КЦСОН Московского района» несколько структурных подразделений, оказывающих социальные услуги, такие как отделения социального обслуживания на дому, отделения экстренной психологической помощи, социально-досуговые отделения, социально-реабилитационные отделения, отделение дневного пребывания, служба проката средств реабилитации, отделение временного проживания для граждан пожилого возраста и инвалидов и другие.

Выборку данного исследования составили 30 получателей социальных услуг социально-реабилитационного отделения и отделения временного проживания для граждан пожилого возраста и инвалидов СПб ГБУ «КЦСОН Московского района»:

- без выраженных нарушений зрения и слуха, препятствующих взаимодействию в группе;
- без серьезных проблем с физическим здоровьем, которые могут повлиять на возможность заниматься регулярно на протяжении пяти недель;
- без поведенческих нарушений, с сохранностью социальных мотивов.

Так как предмет нашего исследования это когнитивные функции при нормальном старении у лиц пожилого и старческого возраста, формирование выборки проводилось по факту соответствующего возраста, мужчин от 65 лет и женщин от 60 лет без деменции и без клинически выраженной тревоги и депрессии.

Диагностика когнитивных функций и эмоциональной сферы проводилась в отдельном помещении без применения компьютерной техники (опросники предъявлялись на бумажном носителе), с соблюдением этических принципов, на добровольной основе.

В соответствии с основными положениями, выносимыми на защиту, были подобраны следующие диагностические инструменты:

– MMSE, «Краткая шкала оценки психического статуса» (Mini-Mental State Examination) – шкала, оценивающая ориентацию в пространстве и времени, запоминание, внимание и счет, воспроизведение слов, речь. Используется для выявления (скрининга) возможных когнитивных нарушений [25].

Инструмент был создан в 1975 г., а затем неоднократно дополнялся. Обычная процедура тестирования занимает приблизительно 10 минут и включает быструю проверку математических навыков, объема памяти и умения сориентироваться в пространстве и во времени [25].

– HADS, «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (The Hospital Anxiety and Depression Scale) – шкала разработана A.S. Zigmond и R.P. Snaithe в 1983 году с целью обнаружения и определения степени выраженности депрессивных состояний и тревожности при оказании психологической помощи [32].

К достоинствам инструмента относят его лёгкость использования и анализа результатов – заполнение не занимает много времени и не представляет сложности для респондентов. Благодаря этому он может быть полезен психологам для предварительной диагностики тревоги и

депрессии, то есть для скрининга. Инструмент демонстрирует высокую точность в различении тревожных и депрессивных расстройств.

– «Мониторинг прогресса» (модифицированная шкала Ликерта) – шкала наблюдения за участниками исследования по параметрам: интерес, коммуникация, настроение, удовольствие [22].

Для оценки применяется четырех балльная шкала с ранжированием, при которой балл «3» отражает нейтральную позицию, а «1» и «4» обозначают крайние, противоположные точки зрения [22].

Данные, полученные в ходе тестирования, подверглись обработке в MS Excel. Для изучения различий между участниками до и после проведения программы мы использовали сравнительный анализ для зависимых выборок Вилкоксона в программе SPSS 23.

2.2 Результаты исследования

Рассмотрение результатов начнем с анализа данных, полученных на основании первичной диагностики, для отбора испытуемых в исследование.

В соответствии с критериями выборки в исследовании приняли участие 30 человек пожилого и старческого возраста: 19 женщин (60–74 лет), 4 женщины (75–89 лет) и 7 мужчин (65–74 лет).

В рамках формирующего этапа была проведена первичная скрининговая диагностика когнитивных функций, оценивающая ориентацию в пространстве и времени, запоминание, внимание и счет, воспроизведение слов и речь, опросником MMSE («Краткая шкала оценки психического статуса»), а также диагностика эмоциональной сферы с помощью шкалы HADS («Госпитальная шкала тревоги и депрессии»).

Рассмотрим результаты диагностики по шкале MMSE.

Первый блок вопросов А. Ориентация не составил сложностей у большинства участников, 11 человек набрали 9 баллов (максимальный балл по блоку – 10 баллов). В основном затруднение вызвали два вопроса:

«Какой сегодня день недели?» и «Назовите, пожалуйста, адрес того места, где мы сейчас находимся?». Средний балл по блоку «А» составил 9,6 балла.

Второй блок вопросов В. Немедленная память также не составила сложностей у большинства участников, 9 человек набрали 2 балла (максимальный балл по блоку – 3 балла). Это свидетельствует об отсутствии проблем у людей преклонного возраста в назывании трёх предметов («автобус», «дверь», «роза») сразу после произношения. Достаточно высоким оказался средний балл по блоку «В» – 2,7 балла.

Третий блок вопросов С. Внимание и счет вызвал затруднение почти у всех участников исследования. Только один участник набрал максимальный балл – 5 баллов. По заданию «Последовательно вычитайте из 100 число 7» (93 – 86 – 79 – 72 – 65) средний балл по блоку «С» составил 3,4 балла.

Четвертый блок вопросов D. Воспроизведение слов оказался самым сложным для выполнения. Средний балл по блоку «D» составил 1,8 балла, что свидетельствует о естественном нарушении кратковременной (краткосрочной) памяти у пожилых людей, когда человек не может вспомнить недавно произошедшие события. Это свидетельствует о ведущем возрастном симптоме как ограничение в текущем запоминании, обусловленное повышенной тормозимостью следов памяти под влиянием вновь поступающей информации, а также снижением помехоустойчивости текущего запоминания к отвлекающим факторам.

С пятым блоком Е. Речь большинство участников исследования справились достаточно хорошо. Затруднение вызвали два задания: повтор фразы «Никаких если, и или но» и копирование фигуры (два пересекающихся пятиугольника, которые должны образовать четырехугольник). Средний балл по блоку «Е» составил 7,9 балла.

Показатели первичной диагностики по шкале MMSE представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Показатели первичной диагностики по шкале MMSE «Краткая шкала оценки психического статуса»

Пункт	Средний балл
А. Ориентация	9,6
В. Немедленная память (запоминание)	2,7
С. Внимание и счет	3,4
Д. Воспроизведение слов	1,8
Е. Речь	7,9
Итого средний балл	25,4

Рассмотрим результаты первичной диагностики по шкале HADS.

Данная шкала включает в себя 2 части, одна из которой выявляет уровень тревожности (HADS-A), а другая – уровень депрессии (HADS-D). В каждой части одинаковое количество вопросов – семь.

По шкале HADS-A средний балл составил 8,7 балла.

Вопросы № 3 «Беспокойные мысли крутятся у меня в голове» и № 7 «У меня бывает внезапное чувство паники» набрали наибольшее количество баллов, что свидетельствует о нарастании мнительности и возможном переживании испытуемых за близких людей или же наоборот, связанного с моментом одиночества у лиц пожилого и старческого возрастов .

Выраженность уровня тревоги в соответствии с ответами на вопросы представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Показатели первичной диагностики по шкале HADS «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», HADS-A

Вопросы по части уровня тревоги (HADS-A)	Средний балл
1. Я испытываю напряжение, мне не по себе	1,14
2. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться	1,10
3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове	1,63
4. Я легко могу сесть и расслабиться	1,43
5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь	1,10
6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться	0,56
7. У меня бывает внезапное чувство паники	1,77
Итого средний балл	8,73

По шкале HADS-D средний балл составил 7,9 балла.

Вопрос № 4 «Мне кажется, что я стал все делать очень медленно» набрал максимальное количество баллов, что свидетельствует о закономерном снижении уровня энергетического обеспечения психической деятельности и преобладании тормозных процессов, то есть изменяются общие фоновые восходящие регуляторные составляющие активности человека.

Выраженность уровня депрессии в соответствии с ответами на вопросы представлена в таблице 4.

Таблица 4 – Показатели первичной диагностики по шкале HADS «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», HADS-D

Вопросы по части уровня депрессии (HADS-D)	Средний балл
1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство	1,10
2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное	0,80
3. Я испытываю бодрость	1,63
4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно	1,97
5. Я не слежу за своей внешностью	1,2
6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения	0,73
7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио или телепрограммы	0,43
Итого средний балл	7,86

По результатам первичной диагностики в исследовании приняли участие лица пожилого и старческого возраста, 30 человек с легкими когнитивными нарушениями (по шкале MMSE с результатами 24–27 баллов), без клинически выраженной тревоги и депрессии (по шкале HADS с результатами до 10 баллов).

2.3 Разработка и реализация программы

Разработана и реализована программа когнитивной тренировки для людей пожилого и старческого возраста под названием «Стимул».

Программа групповых занятий состоит из 12 сессий по 45 минут, которые проводятся дважды и трижды в неделю с чередованием. Длительность программы 5 недель. Количество участников тренинга в группе не превышает 10 человек.

Программа построена вокруг ситуаций из обычной жизни, а содержание занятий разработано с учетом этого принципа. Каждое занятие следует определенной схеме, при этом начало посвящено разминке – упражнению, которое помогает поддерживать связь между предыдущими и последующими этапами тренинга. Основные темы блоков связаны с анализом жизненного опыта и сравнением его с текущей обстановкой. Тренеру важно избегать акцентирования внимания участников на стремлении к успеху и соперничестве. Встреча всегда заканчивается подведением итогов и планированием следующего занятия.

Программа когнитивного тренинга включают 3 раздела:

- вводная часть – приветствие, разминка;
- основная часть – упражнения, направленные на активизацию и стимулирования высших психических функций;
- заключительная часть – обратная связь.

Для реализации программы необходима отдельная комната с доской, столом и стульями, стимульным материалом, устройством для воспроизведения музыки.

В таблице 5 представлен тематический план занятий, который был реализован в ходе проведения когнитивной тренинговой программы, направленной на улучшение когнитивных функций и снижение уровня тревоги и депрессии у лиц пожилого и старческого возраста.

Таблица 5 – Тематический план занятий по программе «Стимул»

№ занятия	Название занятия	Цель	Количество занятий
1	«Непоседы»	Стимулировать продуктивность мнестических процессов, ориентировку в пространстве, времени, снизить эмоциональное напряжение.	1
2	«Художник»	Стимулировать сенсорное восприятие, развить воображение и творческое мышление, мелкую моторику.	1
3	«Угадай мелодию»	Стимулировать активность слухового восприятия, внимания, памяти	1
4	«Прятки»	Стимулировать зрительно-пространственное восприятие, активность сенсомоторных процессов	1
5	«Прошлое»	Стимулировать автобиографическую память, поддержать целостность собственной личности	1
6	«Кубики»	Стимулировать пространственное воображение, мышление	1
7	«Фотография»	Улучшить ориентировку в окружающих людях и пространстве	1
8	«География»	Улучшить восприятие ориентировки в пространстве, месте, времени	1
9	«Группировка»	Стимулировать активность мышления через выделение признаков предмета	1
10	«Числа»	Стимулировать активность мышления, внимания, памяти восприятия	1
11	«Слова»	Стимулировать речь, внимание, память	1
12	«Фразеологизмы»	Стимулировать речь, внимание, память	1

Тренер программы знакомится со всеми участниками лично до начала работы в группе (при проведении первичной диагностики когнитивных функций и эмоциональной сферы).

Первое занятие «Непоседы» направлено на знакомство участников друг с другом, улучшение продуктивности мнестических процессов, ориентировки в пространстве, снижение эмоционального напряжения. Занятие проводится в формате подвижной игры, например, «Городки». Игру необходимо выбирать с учётом объективных возможностей участников группы. При необходимости правила игры можно модифицировать. Физическая активность является одним из важнейших условий для когнитивного здоровья и в первую очередь для продуктивности

мнестических процессов. Традиционно объяснение этой связи находят в близости мозговой организации движения и памяти. Помимо памяти с движением психологически связаны ориентировка в пространстве, оценка расстояния и времени.

Второе занятие «Художник» как вид творческой деятельности соответствуют параметрам интеллектуальной деятельности. Решение творческой задачи предполагает предметную деятельность, стимуляцию восприятия в разных модальностях, реализацию двигательных программ. Основное упражнение занятия может быть рисование пластилином, лепка из глины, создание сезонного коллажа. Творческая деятельность обычно захватывает участников и времени хватает только на одно упражнение. Его необходимо выбирать с учетом возможностей помещения, доступного оборудования, индивидуальных возможностей всех участников и их личных предпочтений. Здесь всегда присутствует проблема, в связи с которой встают конкретные задачи, осуществляется поиск алгоритма решения, соотнесение объективных и субъективных возможностей решения задачи по выбранному алгоритму, корректировка плана решения, соотнесение полученного результата с искомым. Совместное творчество предполагает укрепление сотрудничества в группе и большую гибкость в решении задач.

Третье занятие «Угадай мелодию» направлено на стимуляцию активности слухового восприятия, внимания и памяти. Участникам предъявляют аудиозаписи бытовых шумов и звуков природы, которые включают в себя различные категории, такие как «звуки в помещении», «звуки на улице», «голоса животных». Задача участников – определить источник звука. В качестве подсказки могут быть предложены предметные картинки, которые позволяют сделать более точный выбор. Также предлагаются фрагменты песен, хорошо известных в прошлом. Участники тренинга должны вспомнить песню и певца. В качестве подсказок тренер может выписать список имен исполнителей или названий песен на доске, предложить их портреты. Нейронные механизмы слуховой системы

эволюционировали для получения и обработки информации, позволяя людям и другим животным обнаруживать и различать звуки в окружающей среде, определять направление в пространстве, из которого эти звуки возникают, разделять несколько источников звука и общаться посредством вокализации или, в уникальном случае людей, посредством речи и языка. Центральная слуховая система призвана создавать осмысленные перцептивные представления источников звука и интегрировать их в обучение и память. Слуховое восприятие входит в систему предметного восприятия и восприятия пространства. Распознавание бытовых шумов является важным процессом для определения, в каком направлении и на каком расстоянии находится объект, а также его размера и мощности. Восприятие музыки является сложным процессом, имеющим широкие мозговые основы, включающие в свою структуру лобные и височные отделы коры больших полушарий, а также дофаминергические образования головного мозга.

Многочисленные исследования демонстрируют роль музыки в мнестических процессах. Например, известно, что прослушивание знакомой музыки облегчает актуализацию следов автобиографической памяти у людей с деменцией. Музыка и другие звуковые сигналы выступают внешними опосредствующими звеньями для запоминания новых стимулов в других модальностях, а также для запоминания отдельных эпизодов и событий. Совместное прослушивание и исполнение музыки, а также хоровое пение способствуют снижению уровня стресса, повышению эмпатии и укреплению социальных связей.

Четвертое занятие «Прятки» направлено на активацию зрительного восприятия. Обработка зрительных образов происходит преимущественно в затылочных областях мозга, однако с течением времени наблюдаются возрастные изменения, влияющие на зрительное восприятие. Участникам предлагается стимульный материал с контурными изображениями (по типу пробы Поппельрейтера). Распознавание объектов по зрению осложняется тем, что приходится игнорировать окружающие детали, которые также могут

восприниматься как отдельные предметы. Зрительный гнозис – ключевая способность для ориентации в окружающей действительности. Благодаря ему человек различает предметы.

Пятое занятие «Прошлое» направлено на стимуляцию автобиографической памяти через обращение к воспоминаниям прошлого. Участники пишут на листе бумаги свое имя, имена родителей, номер школы и так далее. Проводится обсуждение игрушек периода детства, как и чем они отличаются от современных. Автобиографическая память имеет сложный психологический состав и включает в себя эпизодическую память, саморефлексию, эмоции, внимание, исполнительные функции и семантические процессы.

Многочисленные исследования показали, что пожилой возраст связан с сокращением обращения к автобиографическим эпизодическим воспоминаниям и способностью актуализировать их с эпизодическими подробностями. Активность автобиографической памяти позволяет поддерживать представление о целостности собственной личности.

Шестое занятие «Кубики» направлено на стимуляцию пространственного воображения и мышления. От зрительного восприятия зависят функции внимания, речи, мышления. Возрастные изменения в познавательных процессах могут приводить к ухудшению пространственного восприятия, выражающемуся в дезориентации. Участникам предлагается игровой набор «Сложи узор» из разноцветных кубиков. Эта игра способствует развитию умения анализировать и обобщать информацию, что является ключевыми навыками мышления, применяемыми практически во всех областях интеллектуальной активности.

Седьмое занятие «Фотография» проводится для улучшения ориентировки в окружающих людях и пространстве, что является необходимым условием автономности человека. Участникам предлагается обсудить лица, изображенные на карточках, можно предложить портреты известных и неизвестных людей, пейзажи разного времени. Занятие

проводится в форме беседы, обсуждения эмоций, различий представленных на изображении. В повседневной деятельности человек ориентируется на относительно мелкие детали не меньше, чем на крупные. Выделение фигуры из фона, определение расположения этих фигур в отношении друг друга, а главное, в отношении сторон и частей собственного тела (на уровне глаз, на расстоянии вытянутой руки), выступают важными внешними опорными звеньями для ориентировки в пространстве в целом.

Восьмое занятие «География» проводится с целью активации мыслительных процессов относительно ориентировки в пространстве. Упражнения занятия предполагают работу с контурной картой города, района, улицы проживания, поиск по карте местности адреса, обсуждение опыта переезда участников. Ориентировка в пространстве необходима для решения многих задач в рамках повседневной активности (ориентировка в городе, районе, дворе, доме, квартире, комнате). Нарушения ориентировки в пространстве трагически сказываются на повседневной активности пожилого человека, ставят его в зависимость от третьих лиц в целом ряде видов деятельности.

Девятое занятие «Группировка» проводится с целью стимуляции функции мышления. Участникам предлагается сгруппировать разложенные на столе предметы или изображения, например, по способу использования, цвету или начальной букве. Другой вариант задания – игра «найдите лишнее» (стимульный материал группируется заранее так, чтоб 3–4 предмета относились к одной категории и еще один – к другой). Выделение категориальных признаков предмета является функцией мышления. В повседневной бытовой деятельности предметы группируются чаще по ситуативному признаку. Объединение предметов по цвету, форме, фактуре, текстуре, функциональному признаку, по фонетической близости слов, которые их обозначают, позволяет перейти на новый уровень обобщения, решать задачи за пределами наглядного плана.

Научные исследования показывают, что при нормальном старении пожилые люди предлагают меньше вариантов решений одной проблемной задачи, чем подростки и молодые люди. В то же время, среди предложенных пожилыми людьми вариантов решения одной задачи больше оригинальных, что объясняют более широкими возможностями пожилых людей опираться на хорошо усвоенный опыт. Мышление является сквозным процессом, связанным со всеми высшими психическими функциями, поэтому оказывает стимулирующее действие на всю психическую сферу.

Десятое занятие «Числа» выступает как стимуляция высшей психической функции счёта и внимания. Участникам предлагается упражнение на тренировку внимания по таблице Шульте и настольные игры, например, шахматы, нарды, шашки, карточные игры, которые включают в себя счет и счетные операции. Игроки должны выстраивать стратегию и тактику ходов с учетом тех возможностей и ограничений, которые определены действиями счета и выражены в числовой форме. Одновременно игроки вынуждены просчитывать возможности соперников. Счет является сложно организованным психическим процессом. Устный счет – функция поздно приобретенная, опирающаяся на другие психические процессы, в первую очередь на мышление и восприятие пространства, которые к началу формирования счета уже относительно сформированы.

Одиннадцатое занятие «Слова» и двенадцатое занятие «Фразеологизмы» проводятся с целью стимуляции речи и мышления. На занятии «Слова» участникам предлагается завершить предложение подобранным подходящим по смыслу словом с целью растормаживания речи. Далее в формате игры «Виселица» участникам необходимо угадать буквы в загаданном слове. На занятии «Фразеологизмы» участникам нужно подобрать синонимы к заранее подобранной группе фразеологизмов. Обращение к речи как к психическому процессу является обращением к психической сфере в целом. Речь в своих функциях не ограничивается

общением. Помимо обеспечения коммуникации с другими людьми, речь прямо участвует в саморегуляции (взаимодействие человека с самим собой).

Важными функциями речи являются также функции называния и обобщения. Речь заменяет собой реальный предметный мир, явления и процессы, которые в нем происходят. В речи находят выражение эмоции, ощущения и суждения. Речь организует внимание и восприятие в разных модальностях. Представляет основы для памяти. Становится средством мышления. Мышление позволяет решать когнитивные задачи, требующие предварительных знаний или целенаправленного моделирования.

2.4 Оценка эффективности программы

Для оценки эффективности программы когнитивного тренинга с целью воздействия на познавательные функции и эмоциональную сферу участников исследования необходимо проанализировать полученные результаты диагностик до и после проведения тренинга и изучить различия. После проведения первичной и повторной диагностик по методикам MMSE и HADS, были получены результаты, приведенные в таблице 6.

Таблица 6 – Результаты первичной (MMSE1, HADS-A1, HADS-D1) и повторной (MMSE2, HADS-A2, HADS-D2) диагностик

Участник	MMSE1	MMSE2	HADS-A1	HADS-A2	HADS-D1	HADS-D2
1	25	27	8	5	6	5
2	26	27	9	7	7	6
3	25	26	7	6	10	8
4	25	27	8	6	9	7
5	25	28	7	6	9	7
6	24	25	10	7	8	7
7	26	28	8	7	8	7
8	25	26	10	8	9	8
9	25	26	9	7	10	7
10	27	28	9	7	7	6
11	25	27	10	8	10	8
12	25	26	10	8	8	7
13	24	25	10	9	10	8
14	26	28	6	5	7	6
15	25	26	10	9	10	8
16	27	28	10	7	7	6
17	25	27	10	8	9	7
18	25	26	8	7	7	6
19	27	28	7	6	6	5
20	27	28	9	7	7	6
21	25	27	10	8	7	6
22	25	26	10	8	8	7
23	26	27	8	7	7	6
24	25	26	10	8	9	8
25	25	26	6	5	7	6
26	24	25	7	6	7	6
27	25	26	8	7	6	5
28	25	27	9	7	8	7
29	26	28	9	7	6	5
30	27	28	10	7	7	6

Для полученных данных был применен метод математического анализа, целью которого было доказать, или опровергнуть статистическую значимость сдвига показателей в положительную сторону.

Для оценки эффективности программы «Стимул» необходимо изучить различия между участниками до и после проведения программы по шкалам методик MMSE и HADS. Мы использовали сравнительный анализ для

зависимых выборок Вилкоксона в программе SPSS 23, количество респондентов по показателям MMSE и HADS равно тридцати (n=30).

Показатели состояния когнитивных функций и эмоциональной сферы до и после проведенного тренинга представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Показатели состояния когнитивных функций по тесту MMSE, эмоциональной сферы по тесту HADS-A, HADS-D и их динамика, n=30

Название шкалы	Показатели в начале программы	Показатели в конце программы	Критерий знаковых рангов Вилкоксона	ES стандарт. эффект
MMSE	25,4±0,89	26,7±1	4,97 (P <0,001)	0,907
	Me 25 (24; 27)	Me 27 (25; 28)		
HADS-A	8,7±1,31	7±1,05	4,88 (P <0,001)	0,891
	Me 9 (6; 10)	Me 7 (5; 9)		
HADS-D	7,8±1,3	6,5±0,97	5,03 (P <0,001)	0,918
	Me 7,5 (6; 10)	Me 6,5 (5; 8)		

Как можно увидеть, значимые различия наблюдаются по всем трем изучаемым шкалам.

По методике MMSE различия значимы при P<0,001, так же эффект проведенной программы равен 0,907, что можно проинтерпретировать как высокий эффект. Анализируя средние значения, мы можем сделать вывод, что после проведения программы показатели когнитивных функций участников по этой шкале стали значимо выше, чем до проведенного тренинга.

Далее представим результаты динамики состояния когнитивных функций по шкале MMSE.

На рисунке 1 отображена динамика состояния когнитивных функций по блоку вопросов А. Ориентация.

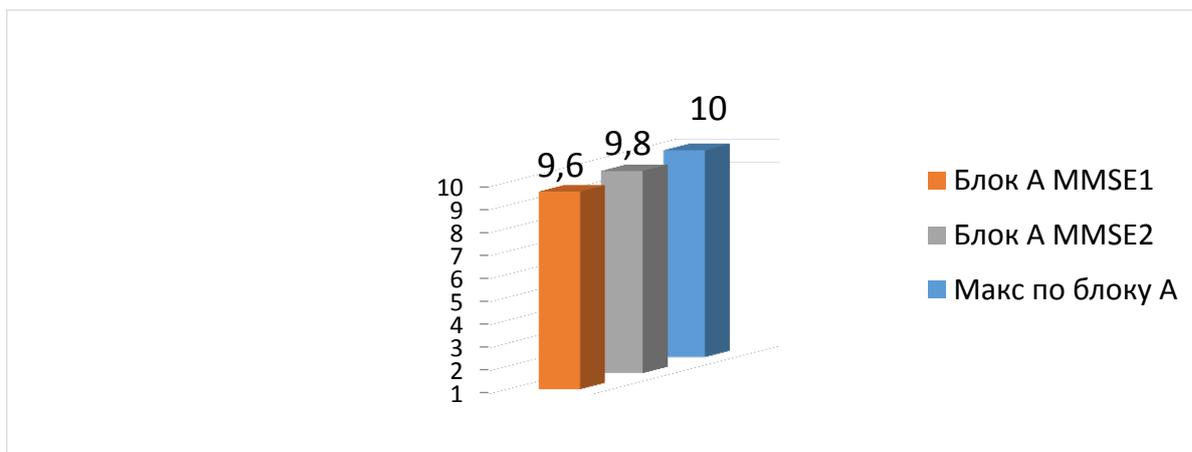


Рисунок 1 – Динамика состояния когнитивных функций по MMSE Блок А.
Ориентация

Как видно из данных, которые представлены на рисунке 1, показатели, оценивающие ориентацию после проведения когнитивного тренинга изменились незначительно. Средний балл по блоку «А» составил 9,8 балла (увеличился на 0,2 балла), что свидетельствует об отсутствии у участников исследования нарушений ориентировки в пространстве и времени.

На рисунке 2 отображена динамика состояния когнитивных функций по блоку вопросов В. Немедленная память.

Как видно из данных, которые представлены на рисунке 2, показатели, оценивающие оперативную память после проведения когнитивного тренинга увеличились на 0,2 балла. Средний балл по блоку «В» составил 2,9 балла, что соответствует высокому уровню. При нормальном старении оперативная память, в которую входит запоминание, сохранение и воспроизведение информации в конкретной ситуации, остается практически нетронутой, так как значительных различий в ее работе между людьми старшего и более молодого возраста, как правило, не наблюдается, что нельзя сказать об особенностях долговременной памяти.

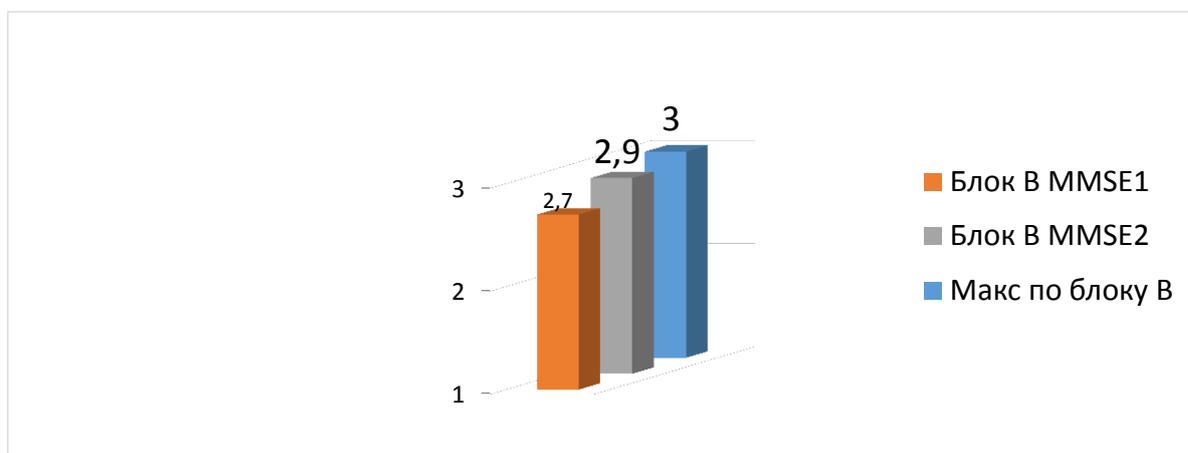


Рисунок 2 – Динамика состояния когнитивных функций по MMSE Блок В.
Немедленная память

На рисунке 3 отображена динамика состояния когнитивных функций по блоку вопросов С. Внимание и счет.

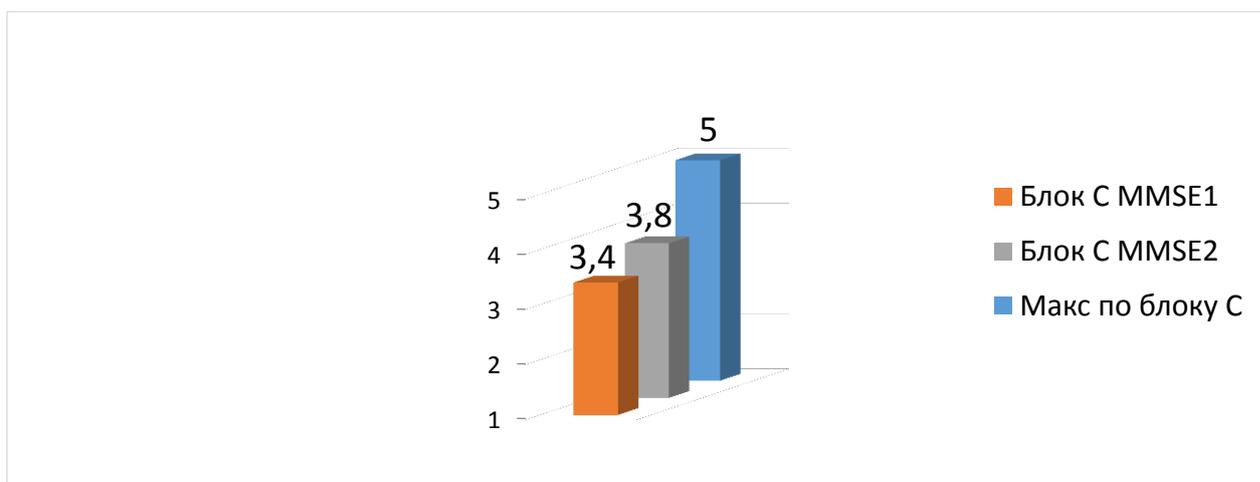


Рисунок 3 – Динамика состояния когнитивных функций по MMSE Блок С.
Внимание и счет

Как видно из данных, которые представлены на рисунке 3, показатели, оценивающие нарушение устойчивости внимания и счета, после проведения когнитивного тренинга увеличились на 0,4 балла. Исходя из этого, можно сделать вывод о том, что способность концентрироваться и переключаться между задачами улучшилась. Средний балл по блоку «С» составил 3,8 балла.

На рисунке 4 отображена динамика состояния когнитивных функций по блоку вопросов D. Воспроизведение слов.

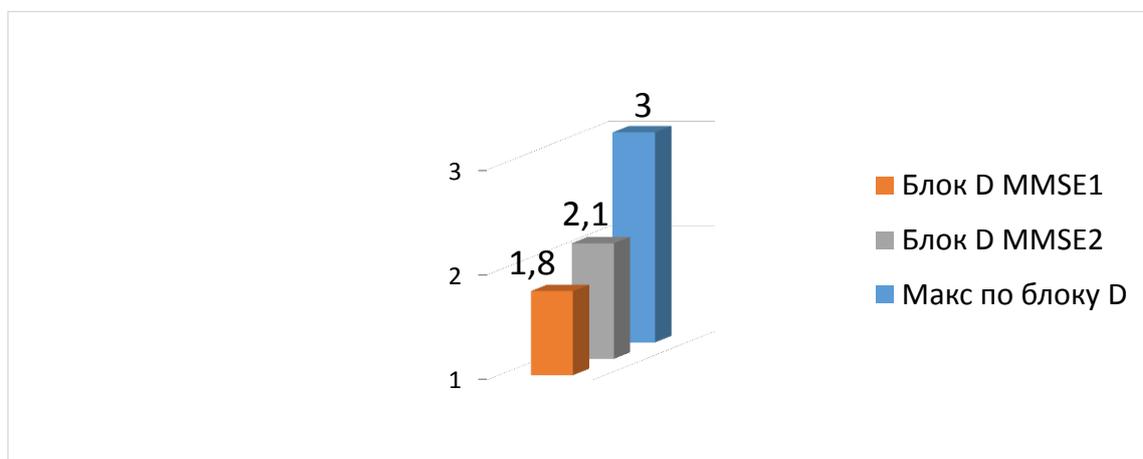


Рисунок 4 – Динамика состояния когнитивных функций по MMSE Блок D. Воспроизведение слов

Как видно из данных, которые представлены на рисунке 4, показатели, оценивающие долговременную (вторичную) память участников исследования улучшились на 0,3 балла. Средний балл по блоку «D» составил 2,1 балла. Такой невысокий балл подтверждает, что способность к извлечению недавно полученной информации заметно снижается с возрастом.

На рисунке 5 отображена динамика состояния когнитивных функций по блоку вопросов E. Речь.

Как видно из данных, которые представлены на рисунке 5, показатели, оценивающие речь участников исследования улучшились на 0,2 балла. Средний балл по блоку «E» составил 8,1 балла. Это свидетельствует, что у пожилых людей при нормальном старении обработка речи и языка в основном не нарушена. Проблемы с речью возникают в сложных условиях обработки, связанные с потерей сенсорных функций или ограничениями краткосрочной памяти.

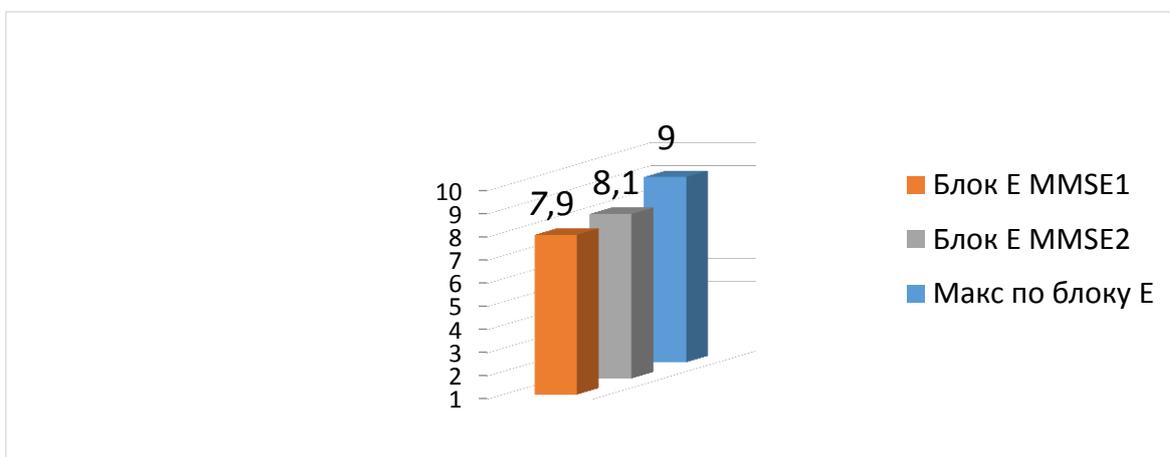


Рисунок 5 – Динамика состояния когнитивных функций по MMSE Блок E.
Речь

Таким образом, диагностика познавательных функций по шкале MMSE до проведения когнитивного тренинга и после свидетельствует об улучшении функций ориентации в пространстве и времени, памяти, внимания и счета, воспроизведении слов, речи. На рисунке 6 представлено сопоставление данных первичной (MMSE1) и повторной (MMSE2) диагностик по шкале MMSE.

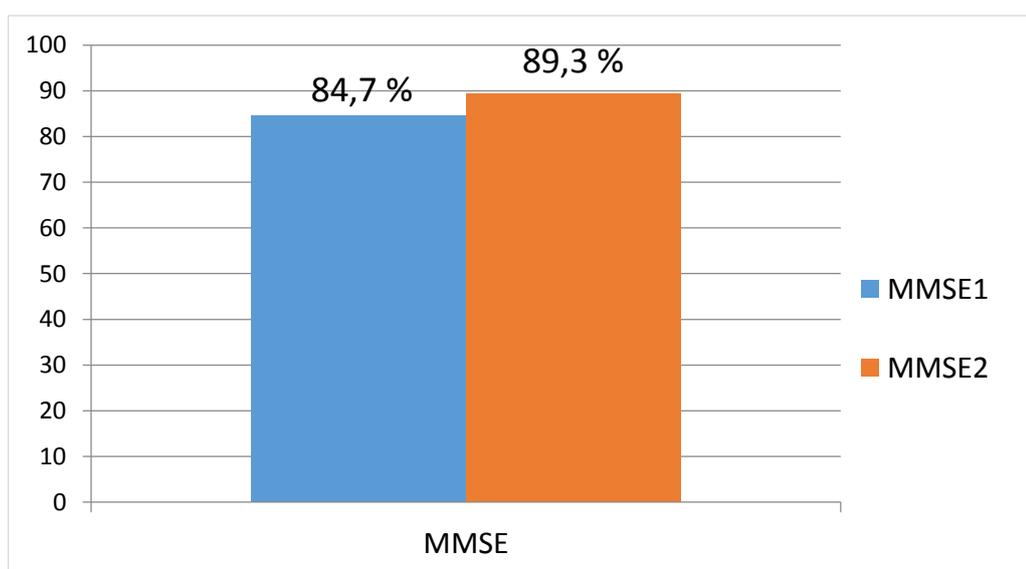


Рисунок 6 – Сопоставление данных первичной (MMSE1) и повторной (MMSE2) диагностик по шкале MMSE

Далее представим результаты динамики состояния эмоциональной сферы по шкале HADS.

По шкале HADS-A (оценка уровня тревоги) различия значимы при $P < 0,001$, так же эффект проведенной программы на данную шкалу равен 0,891, что так же можно проинтерпретировать как высокий эффект. Анализируя средние значения, мы можем сделать вывод, что после проведения программы показатели участников по этой шкале стали значимо ниже, чем были до проведения когнитивного тренинга.

На рисунке 7 представлено сопоставление данных первичной (HADS-A1) и повторной (HADS-A2) диагностик по шкале HADS-A.

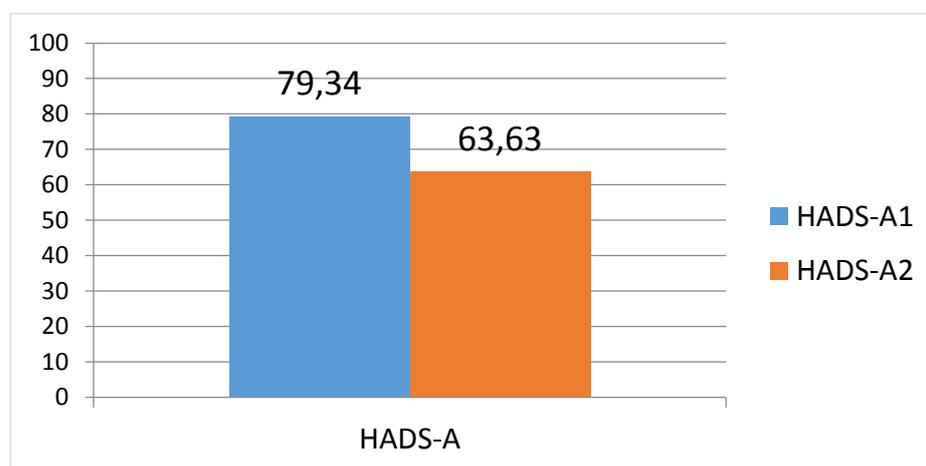


Рисунок 7 – Сопоставление данных первичной (HADS-A1) и повторной (HADS-A2) диагностик по шкале HADS-A

Уровень тревоги участников когнитивного тренинга по шкале HADS-A после программы снизился на 15,71%. Согласно ряду научных работ, у людей старшего поколения нередко наблюдается одновременное проявление тревоги и снижения умственных способностей, что демонстрирует их взаимоусиливающее воздействие друг на друга.

Тревога – естественная эмоция, свойственная каждому человеку с нормальным психологическим состоянием. Признаками тревоги может быть беспричинное волнение, беспокойство, предчувствие опасности, внутреннее

напряжение, боязливое ожидание. В настоящее время ряд исследователей рассматривают тревогу и депрессию в качестве компонентов одного заболевания.

По шкале HADS-D (оценка уровня депрессии) различия значимы при $p < 0,001$, эффект проведенной программы на данную шкалу равен 0,918, что так же можно проинтерпретировать как высокий эффект. Анализируя средние значения, мы можем сделать вывод, что после проведения программы показатели участников по этой шкале стали значимо ниже, чем были до проведения когнитивного тренинга.

На рисунке 8 представлено сопоставление данных первичной (HADS-D1) и повторной (HADS-D2) диагностик по шкале HADS-D.

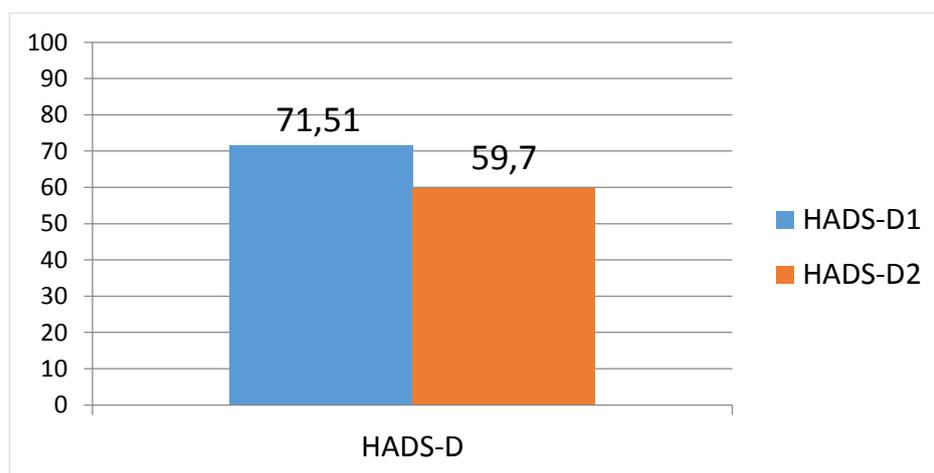


Рисунок 8 – Сопоставление данных первичной (HADS-D1) и повторной (HADS-D2) диагностик по шкале HADS-D

Уровень депрессии участников когнитивного тренинга по шкале HADS-D после программы снизился на 11,81%.

Основным фактором, провоцирующим развитие депрессии, выступает процесс старения организма. К возникновению подавленного состояния могут приводить особенности образа жизни, сопутствующие болезни, а также физиологические и психологические изменения, требующие

адаптации. Адекватное восприятие своего возраста встречается лишь у небольшого числа пожилых людей.

Программа когнитивного тренинга позволяет снизить проявления депрессивного состояния, поскольку направлена на трансформацию негативных убеждений в конструктивные и мотивирующие, так как занятия помогают выходу из социальной замкнутости, формированию благоприятного эмоционального фона и ощущению достижения цели, помогая освоить методы концентрации на эффективных задачах вместо болезненных переживаний на полезную деятельность.

Таким образом, по результатам исследования с использованием данных методик, мы можем сделать вывод, что проведенная программа когнитивного тренинга «Стимул» оказывает значимый положительный эффект на познавательные функции в соответствии с показателями методики MMSE и на эмоциональную сферу людей пожилого и старческого возраста в соответствии с показателями HADS-A и HADS-D. Наибольший эффект данная программа оказывает именно на показатели HADS-D (оценка уровня депрессии). На рисунке 9 представлены значимые различия показателей до и после проведения когнитивного тренинга «Стимул» по шкалам MMSE, HADS-A, HADS-D.

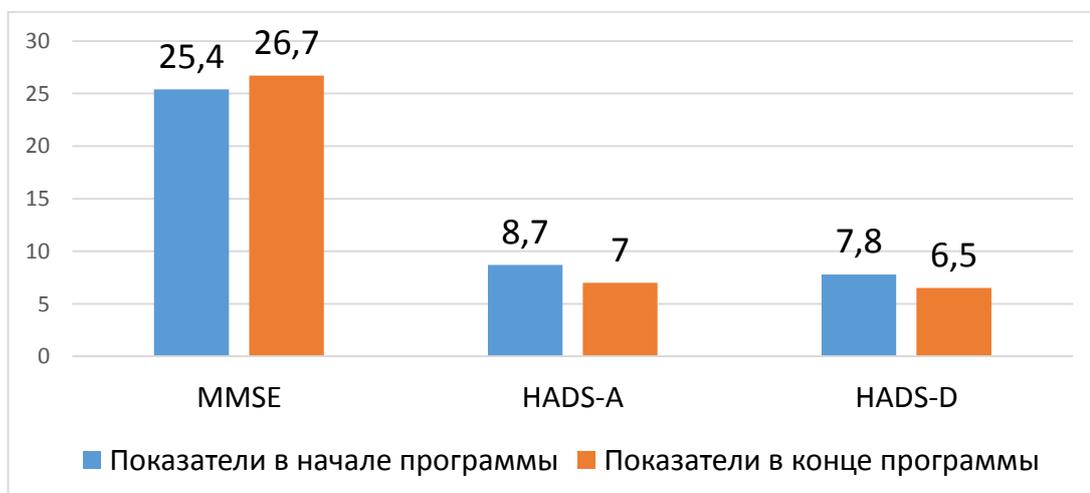


Рисунок 9 – Значимые различия показателей до и после проведения когнитивного тренинга по шкалам MMSE, HADS-A, HADS-D

В ходе каждой сессии фиксировался уровень вовлеченности участников исследования в программу. Использовался «Мониторинг прогресса» (модифицированная шкала Ликерта) – шкала наблюдения за участниками исследования по показателям: интерес, коммуникация, удовольствие, настроение. Мониторинг представляет собой рейтинговый вариант с четырех бальной оценкой для каждого из пунктов, где «3» – нейтральное значение, а значения «1» и «4» – противоположные критические значения.

Для выявления динамики вовлеченности в процесс тренинга «Стимул» мы сравнили значения каждого из параметров за начальный период (с первого по шестое занятие) и завершающий период (с седьмого по двенадцатое занятие). По итогу было установлено увеличение значений по всем изучаемым пунктам. На рисунках 10, 11, 12, 13 представлена динамика изменений показателей мониторинга прогресса по каждому параметру.

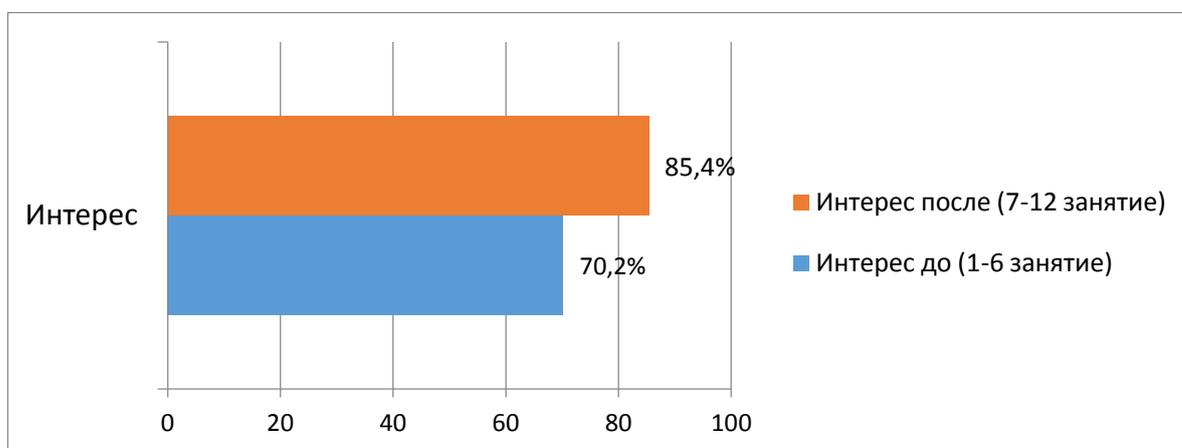


Рисунок 10 – Динамика изменения мониторинга прогресса по параметру «интерес» с 1 по 6 занятие и с 7 по 12 занятие по программе «Стимул»

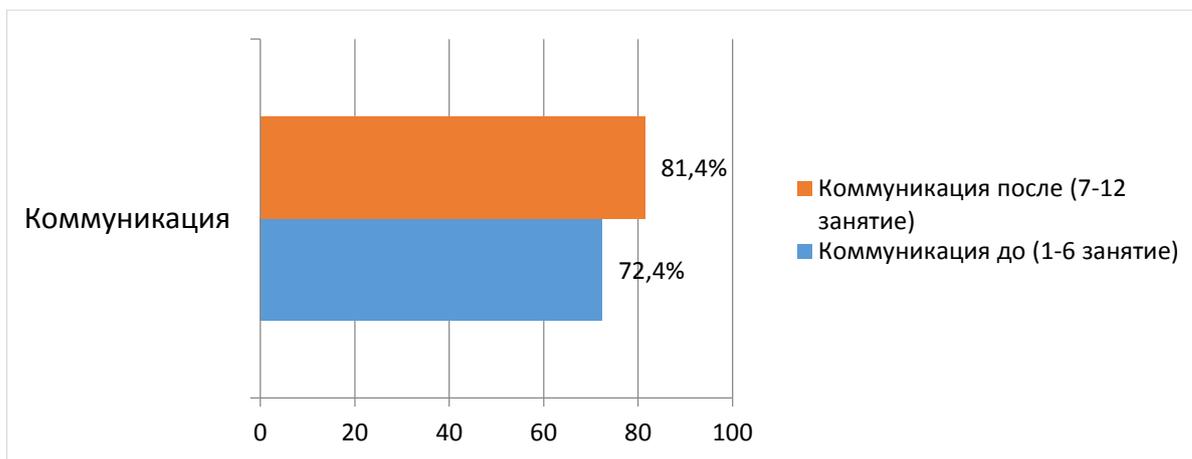


Рисунок 11 – Динамика изменения мониторинга прогресса по параметру «коммуникация» с 1 по 6 занятие и с 7 по 12 занятие по программе «Стимул»

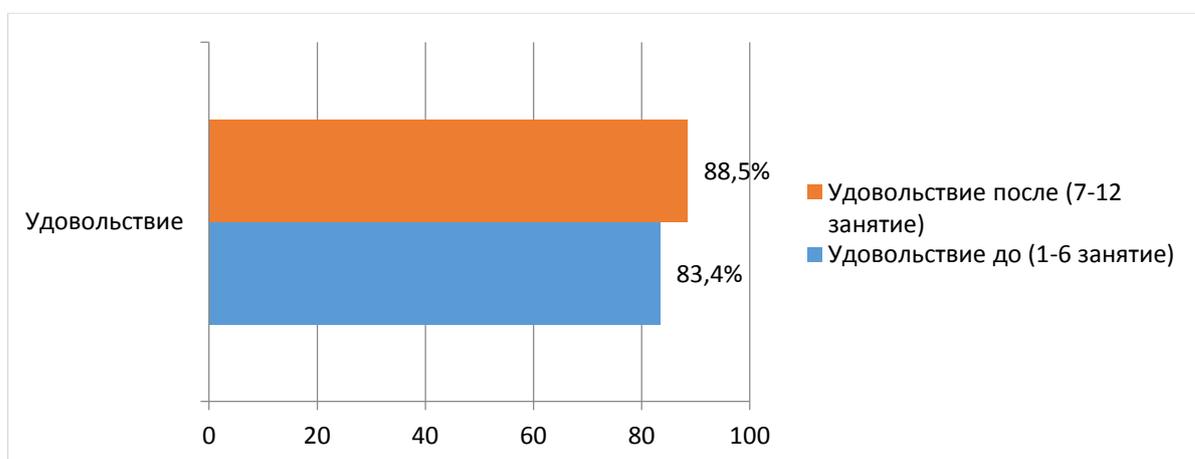


Рисунок 12 – Динамика изменения мониторинга прогресса по параметру «удовольствие» с 1 по 6 и с 7 по 12 занятие по программе «Стимул»

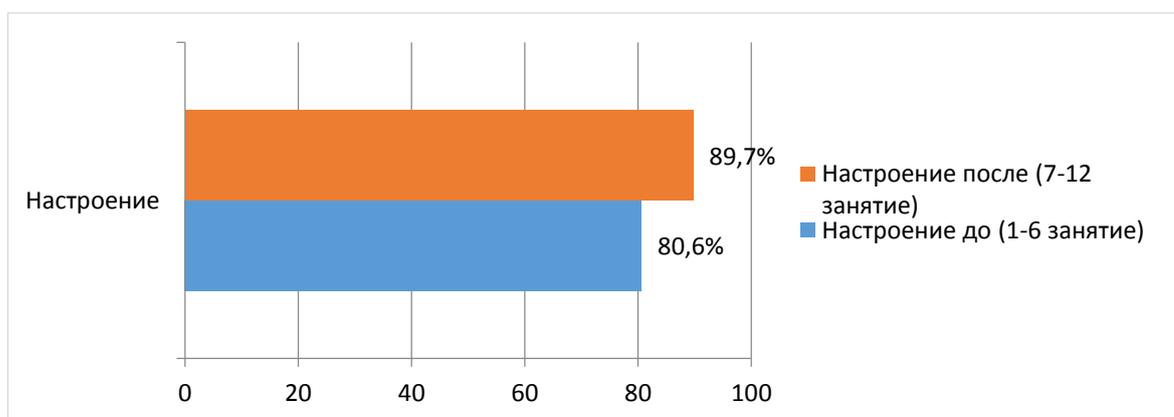


Рисунок 13 – Динамика изменения мониторинга прогресса по параметру «настроение» с 1 по 6 занятие и с 7 по 12 занятие по программе «Стимул»

Таким образом, данный мониторинг выявил у респондентов стремление к посещению занятий, оптимистический настрой на всех этапах реализации программы.

Выводы по второй главе

Результаты эмпирического исследования, проведенные после разработки и реализации программы когнитивного тренинга «Стимул», подтверждают положительное влияние на когнитивные функции и снижение уровня тревоги и депрессии у лиц пожилого и старческого возраста.

Наибольший положительный эффект исследование выявило воздействие на уменьшение показателей уровня депрессии. Программа «Стимул» является ментальным ресурсом, направленным на сохранение когнитивно-эмоциональной устойчивости. Показано, что программа способствует улучшению речи, памяти, ориентировки, праксиса. Когнитивный тренинг предоставляет лицам пожилого и старческого возраста с легким когнитивным снижением возможность полноценно участвовать в социальных взаимодействиях, что способствует благополучному старению, оказывая практическую помощь населению.

Заключение

Во всем мире увеличивается доля пожилых людей в численности населения. К 2030 г. в мире один человек из шести будет старше 60 лет, а доля жителей планеты старше 60 лет увеличится на 400 млн. человек. По прогнозам на 2050 г., численность населения мира в возрасте 60 лет и старше удвоится и составит 2,1 млрд. человек, а число людей в возрасте 80 лет и старше до 2050 г. утроится и достигнет 426 млн. человек [30].

«Когнитивными (познавательными) функциями называются наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним: восприятие информации, обработка и анализ информации, запоминание и хранение информации, обмен информацией, построение и осуществление программ действий» [5, с. 46]. В свою очередь когнитивные нарушения «...представляют собой нарушение этих функций, преимущественно проявляющееся в виде снижения памяти и умственной работоспособности по сравнению с исходным уровнем» [5, с. 46].

Даже при отсутствии выраженных признаков когнитивного расстройства или деменции показатели внимания – его концентрация, стабильность, гибкость и объём – уменьшаются по сравнению с теми, что обычно свойственны людям зрелого или молодого возраста. Наблюдается тенденция к быстрой потере сил и энергии, что особенно ощутимо при умственных нагрузках (в то время как физическое утомление закономерно связано с возрастом). Заметна склонность к болезненному восприятию происходящего, выражающаяся в импульсивных реакциях и последующей продолжительной фиксации на негативном опыте [12].

Установлено, что общая доля людей, испытывающих физическую боль, растет по мере старения. Существуют заболевания, которые встречаются исключительно в этот период жизни. Среди них – болезни зрительного и слухового анализаторов, такие как глаукома, катаракта и неврит слухового

нерва, вызывающие снижение восприятия окружающего мира и способствующие социальной изоляции, что является неблагоприятным аспектом старения [12].

По мере наступления старости негативное воздействие на психику во многом определяется естественными и разнообразными по глубине переживаниями мыслями об окончании жизни. В результате этого человек может испытывать сомнения относительно достигнутых целей и ощущать незавершенность прожитой жизни. Утрата близких и ухудшение здоровья служат нередким сигналом о преходящей природе человеческой жизни. Когда круг общения ограничивается лишь людьми одного возраста, а внимание молодежи оказывается недостаточным, это приводит к чувству одиночества и ощущению ненужности для других. Речь идет не только об отсутствии рядом близких людей и физическом отдалении от молодого поколения семьи. Гораздо важнее ощущается внутреннее одиночество, вызванное отсутствием взаимопонимания или напряженностью в отношениях с окружающими. Именно такие обстоятельства препятствуют нормальной адаптации к возрастному сокращению социальных связей [12].

Важной особенностью возрастных изменений является замедление скорости реагирования на окружающие факторы. В результате происходит замедление мыслительных процессов, что отражается в увеличении времени, необходимого для решения задач, требующих умственного усилия, по сравнению с молодыми и средним возрастом. Еще одним аспектом изменений является снижение способности поддерживать концентрацию внимания на протяжении продолжительного времени. Как следствие, пожилым людям сложнее сосредотачиваться на работе, требующей умственных усилий, поскольку они быстрее устают и легко отвлекаются [24].

Известный российский геронтолог В.В. Фролькинс указывает на двойственность процессов старения. С одной стороны, организм теряет способность адаптироваться, снижаются внутренние ресурсы и нарушаются основные функции. С другой стороны, активируются важные механизмы

адаптации. Умение влиять на старение заключается в том, чтобы ограничивать негативное воздействие первого процесса и усиливать действие второго [24].

«Эффективность когнитивных функций является важной предпосылкой высокого качества жизни современного человека. Широкое распространение их нарушений, вызванных различными причинами, ставит вопрос о способах преодоления и компенсации этих нарушений. Одним из методов, позволяющих приблизиться к решению данной важной проблемы, является целенаправленная тренировка когнитивных функций (или когнитивная тренировка). Под ней понимается систематическое и регулярное выполнение заданий, активирующих отдельные когнитивные функции, с целью устойчивого улучшения их функционирования. В последние годы такая тренировка пользуется растущей популярностью как метод компенсации когнитивных нарушений при различных заболеваниях и нормальном старении» [4, с. 122–123].

При анализе литературных источников нами были сделаны выводы о том, что нормальное старение – это неизбежный, закономерный процесс. Мы можем сказать, что нормальное старение интересно тем, что при правильном проведении когнитивного тренинга можно добиться хороших результатов и некоторые снижения когнитивных функций можно замедлить, улучшить фактор эмоционального состояния.

Таким образом, в нашей работе был рассмотрен вопрос о понимании психологических особенностей позднего возраста и возрастных изменениях когнитивных функций и эмоциональной сферы.

Во второй главе данной выпускной квалификационной работы была проведена экспериментальная работа. Цель данной работы разработать и реализовать программу когнитивного тренинга для лиц пожилого и старческого возраста без деменции и без клинически выраженной тревоги и депрессии.

Исследование проводилось на базе Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Комплексный центр социального обслуживания населения Московского района» (КЦСОН Московского района).

В соответствии с критериями выборки в исследовании приняли участие 30 человек пожилого и старческого возраста. Для оценки эффективности разработанной программы тренинга «Стимул» проведена диагностика когнитивных функций по шкале MMSE «Краткая шкала оценки психического статуса» и эмоциональной сферы HADS «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» до и после реализации программы, мы использовали сравнительный анализ для зависимых выборок Вилкоксона.

Результаты исследования, полученные с использованием данных методик, показали, что проведенная программа когнитивного тренинга «Стимул» оказывает значимый положительный эффект на познавательные функции в соответствии с показателями методики MMSE и на эмоциональную сферу людей пожилого и старческого возраста в соответствии с показателями HADS-A и HADS-D. Наибольший эффект данная программа оказывает именно на показатели HADS-D (оценка уровня депрессии).

По методике MMSE различия значимы при $P < 0,001$, так же эффект проведенной программы равен 0,907, что можно проинтерпретировать как высокий эффект. Анализируя средние значения, мы можем сделать вывод, что после проведения программы показатели когнитивных функций участников по этой шкале стали значимо выше, чем до проведенного тренинга.

По шкале HADS-A (оценка уровня тревоги) различия значимы при $P < 0,001$, так же эффект проведенной программы на данную шкалу равен 0,891, что так же можно проинтерпретировать как высокий эффект. Анализируя средние значения, мы можем сделать вывод, что после

проведения программы показатели участников по этой шкале стали значимо ниже, чем были до проведения когнитивного тренинга.

По шкале HADS-D (оценка уровня депрессии) различия значимы при $P < 0,001$, эффект проведенной программы на данную шкалу равен 0,918, что так же можно проинтерпретировать как высокий эффект. Анализируя средние значения, мы можем сделать вывод, что после проведения программы показатели участников по этой шкале стали значимо ниже, чем были до проведения когнитивного тренинга.

В ходе каждой сессии фиксировался уровень вовлеченности участников исследования в программу. Использовался «Мониторинг прогресса» (модифицированная шкала Ликерта) – шкала наблюдения за участниками исследования по показателям: интерес, коммуникация, удовольствие, настроение. Данный мониторинг выявил у респондентов стремление к посещению занятий, оптимистический настрой на всех этапах реализации программы. Повышение уровня общения и позитивный эмоциональный фон указывают на то, что темы занятий подобраны верно, а созданная нами атмосфера оказалась благоприятной.

Проведенное теоретическое и эмпирическое исследование позволяет нам сделать следующие выводы:

- при нормальном старении вероятны различные нарушения когнитивных функций, а они в свою очередь нуждаются в коррекции;
- разработанная и реализованная программа когнитивного тренинга «Стимул» является ментальным ресурсом, направленным на сохранение когнитивно-эмоциональной устойчивости. Показано, что программа способствует улучшению речи, памяти, ориентировки, праксиса, снижению уровней тревоги и депрессии;
- когнитивный тренинг предоставляет лицам пожилого и старческого возраста с легким когнитивным снижением возможность полноценно участвовать в социальных взаимодействиях, что способствует

благополучному старению, оказывая практическую помощь населению;

– сохранение когнитивных функций является важной предпосылкой высокого качества жизни современного человека.

Подытоживая все выше сказанное, важно отметить, что окружающие и близкие люди должны стремиться адаптировать пожилых людей к жизненным переменам, поскольку механизм адаптации с возрастом сильно ослабевает. Сильным мотиватором для пожилого человека может быть ощущение того, что он полезен и важен для близких людей.

Благодаря социальным службам обеспечивается формирование позитивных связей с социумом, а также предоставляется больше возможностей для социального взаимодействия и участия в общественной деятельности представителей старшего поколения.

Старость – это неотъемлемая часть жизни, и она должна оставаться продуктивной и интересной.

Таким образом, можно сказать, что цели диссертационного исследования достигнуты, поставленные задачи выполнены, гипотеза нашла свое подтверждение.

Список используемой литературы и используемых источников

1. Арингазина А.М., Есенова Н.Е., Сейдуманов Д.С. Организация медико-социальной помощи пожилым больным с когнитивными расстройствами // Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ». 2019. № 7. С. 634–637. URL : <https://kaznmu.kz/press/wp-content/uploads/2019/07> (дата обращения: 26.09.2023).
2. Ахрямкина Т.А., Вельш В.В. Психологические особенности третьего возраста : хрестоматия для студентов. Самара : СФ ГАОУ ВО МГПУ, 2019. 196 с.
3. Блехарская Е.В. Пожилой возраст как переходный этап жизненного пути человека // Педагогическое образование в России. 2017. № 12. С. 36–43.
4. Величковский Б.Б., Козловский С.А., Вартанов А.В. Тренировка когнитивных функций: перспективные исследования в России // Национальный психологический журнал. 2010. № 1(3). С. 122–127.
5. Гаврилова Т.А. Возможность коррекции легких когнитивных нарушений с использованием методики лечебной гимнастики «комплексная тренировка мозга» в условиях санатория // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2013. № 4. С. 46–48.
6. Гантман А.А., Горблянский Ю.Ю., Конторович Е.П., Понамарева О.П. Концепция здорового старения на работе // Медицинский вестник Юга России. 2022. № 13(4). С. 5–13.
7. Дорогина О.И., Лебедева Ю.В., Токарская Л.В., Хлыстова Е.В. Геронтопсихология : учеб. пособие. Екатеринбург : Изд. Урал. ун-та, 2020. 131 с.
8. Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю., Воробьев С.В. Когнитивные нарушения: руководство для врачей. М. : МЕДпресс-информ, 2019. 416 с.
9. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте : метод. пособие для врачей. М. : Академия, 2005. 71 с.

10. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф., Балашова Е.Ю. Геронтопсихология. Нейропсихологический синдром нормального старения : учеб. пособие для вузов. М. : Юрайт, 2023. 81 с.

11. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Социальная психология старения : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М. : Академия, 2002. 288 с.

12. Круглов Л.С. Клиническая оценка симптоматики психических нарушений в позднем возрасте на основе биопсихосоциального подхода : методические рекомендации НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева. СПб. : НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, 2020. 22 с.

13. Мутыгуллина И.Р. Профилактика и коррекция нарушений основных психических процессов в пожилом возрасте : методические рекомендации для психологов по организации групповых занятий с гражданами пожилого возраста. Казань : Веда, 2012. 58 с.

14. Носкова И.С. Когнитивная гимнастика // Медицинская сестра. 2017. № 5. С. 22–25.

15. Овчарова Л.Н., Морозова М.А., Синявская О.В. Концепция политики активного долголетия научно-методологический докл. к XXI Апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества : Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2020. 40 с.

16. Портнова А.Г., Парфенова Д.А. Геронтопсихологическое сопровождение когнитивного долголетия в пожилом и старческом возрасте // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2018. Т. 7. № 6А. С. 86–97.

17. Поляковские чтения 2023. «Третьи Поляковские чтения по клинической психологии (к 95–летию Ю. Ф. Полякова)». Научное издание. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (23–24 марта 2023) ; под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М. : МГППУ, 2023. 659 с.

18. Рощина И.Ф., Калантарова М.В., Шведовская А.А., Хромов А.И. Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы «Клиника памяти» и «Когнитивная стимулирующая терапия» // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 3. С. 44–70.

19. Сахарова Т.Н. Эмоционально-нравственная сфера пожилых людей (опыт психологического исследования). М. : Прометей, 2011. 220 с.

20. Соловьев А.Г., Попов В.В., Новикова И.А. Ранняя диагностика и профилактика психических расстройств в пожилом возрасте : учебно-методическое пособие. Архангельск : Изд. Север. гос. мед. ун-та, 2016. 160 с.

21. Соловьева С.Л., Портнова А.Г. Основы геронтопсихологии : учебно-методическое пособие. СПб. : Изд. СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2018. 60 с.

22. Спектор Э., Вудс Б., Стоунер Ш. Р., Оррелл М. Изменения к лучшему 1: когнитивная стимулирующая терапия (КСТ). Программа групповых занятий с доказанной эффективностью для пациентов с деменцией. Руководство для ведущих групп. М : ФГБОУ ВО МГППУ, 2023. 60 с.

23. Фролова Е.В., Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю. Нарушение когнитивных функций в пожилом возрасте : руководство для врачей. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. 208 с.

24. Фуряева Т.В., Сафонова Л.М., Черенёва Е.А. Профилактика когнитивных нарушений (деменции) у людей пожилого возраста и инвалидов : методическое пособие. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В. П. Астафьева, 2022. 238 с.

25. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // Journal of psychiatric research. 1975. Vol. 12(3). Pp. 189–198.

26. Han L., Gill T.M., Jones B.L., Allore H.G. Cognitive aging trajectories and burdens of disability, hospitalization and nursing home admission among

community-living older persons // The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences. 2016. Vol. 71(6). Pp. 766–771.

27. Loaiza V.M. An overview of the hallmarks of cognitive aging // Current Opinion in Psychology. 2024. Vol. 56. URL : <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101784> (дата обращения: 09.10.2025).

28. Salthouse T A. Trajectories of normal cognitive aging // Psychol Aging. 2019. Vol. 34(1). Pp. 17–24.

29. Spector A., Orrell M. Using a Biopsychosocial model of dementia as a tool to guide clinical practice // International Psychogeriatrics. 2010. Vol. 22(6). Pp. 957–965.

30. World Health Organization (WHO) [website] : Ageing and health. Published: October 1, 2022. URL : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (дата обращения: 11.03.2023).

31. World Health Organization (WHO) [website] : UN Decade of Healthy Ageing (2021–2030). URL: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing> (дата обращения: 22.09.2025).

32. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // Acta Psychiatr Scand. 1983. Vol. 67. Pp. 361–370.