

МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГКУ СОН СО «ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ»

ГБПОУ «СВЕРДЛОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

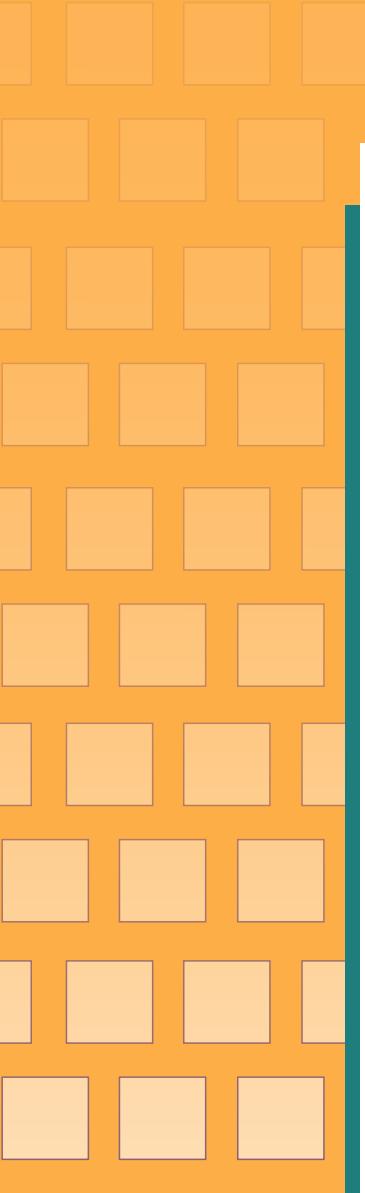


ПРОФИЛАКТИКА КОГНИТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Комплексная программа Свердловской области «Старшее поколение»

Методические материалы по направлению

«Активное долголетие» «Школ пожилого возраста»



**МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ГКУ СОН СО
«ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ»**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ
«ПРОФИЛАКТИКА КОГНИТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ
У ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА»**

**ПО НАПРАВЛЕНИЮ
«АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ»
«ШКОЛ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА»**

**Екатеринбург
2021**

Профилактика когнитивных изменений у граждан пожилого возраста (по направлению «Активное долголетие» «Школ пожилого возраста») : Методические материалы — Екатеринбург : ГКУ СОН СО «Организационно-методический центр социальной помощи», 2021. — 287 с.

Авторы-составители:

Левина И.А., главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Министерства здравоохранения Российской Федерации в УРФО и Министерства здравоохранения Свердловской области, руководитель авторского коллектива

Кузьмин К.В., кандидат исторических наук, руководитель Координационного научно-методического центра по социальной работе в системе здравоохранения Свердловской области

Бессонова М.Ю., педагог-психолог, преподаватель психологии Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Свердловский областной медицинский колледж»

Курбатова И.М., преподаватель профессионального модуля кафедры лечебного дела Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Свердловский областной медицинский колледж»

Хабарова М.В., заведующий отделом по развитию Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Свердловский областной медицинский колледж»

Рецензенты:

Дугина Е.А., доктор медицинских наук, главный внештатный детский специалист-невролог Министерства здравоохранения Российской Федерации

Набойченко Е.С., доктор психологических наук, профессор, главный внештатный специалист — клинический психолог Министерства здравоохранения Свердловской области

Методические материалы входят в учебно-методический комплекс «Активное долголетие» «Школ пожилого возраста». Методические рекомендации созданы в целях повышения эффективности реализации направления «Активное долголетие» и уровня информированности работников организаций социального обслуживания, организаторов и преподавателей «Школ пожилого возраста» об основных признаках и особенностях возрастных когнитивных нарушений граждан пожилого возраста, способах их профилактики.

В методических материалах раскрываются содержание и типология возрастных когнитивных нарушений, особенности их диагностики, возможностей и методов первичной и вторичной профилактики, мотивации граждан пожилого возраста, вовлечения родственников пожилых граждан к вопросу профилактики когнитивных нарушений.

Дидактический раздел содержит основные тестовые методики и шкалы для определения (оценки и самооценки) выраженности когнитивных нарушений у пожилых людей, советы по уходу на разных стадиях развития деменции (на примере болезни Альцгеймера), а также перечень рекомендуемых электронных ресурсов и мобильных приложений.

Содержание

Предисловие. Обращение к читателю	5
Рекомендации для работников организаций социального обслуживания по использованию методических материалов в работе с гражданами пожилого возраста	11
Введение.....	13
1. Методический раздел	22
<i>1.1. Возрастные когнитивные нарушения.....</i>	<i>22</i>
1.1.1. Когнитивные функции: внимание, память, мышление, речь.	22
Расстройства интеллекта.....	22
1.1.2. Особенности биологического, психологического и социального старения.	
Влияние геронтостереотипов.....	40
1.1.3. Возрастные когнитивные нарушения: понятие, причины, особенности.	
Легкие, умеренные, тяжелые когнитивные нарушения. Депрессия.	
Деменция и болезнь Альцгеймера. Субъективные когнитивные нарушения	47
1.1.4. Факторы риска развития когнитивных нарушений в пожилом возрасте:	
Медицинские факторы, влияние образа жизни, психологические факторы.....	58
<i>1.2. Диагностика и самодиагностика когнитивных нарушений у граждан пожилого возраста.....</i>	<i>66</i>
1.2.1. Понятие «когнитивного старения». Основные отличия естественных возрастных изменений от заболевания	66
1.2.2. Методы самодиагностики когнитивных нарушений: норма и патология.	
Приемы самодиагностики и самооценки.....	76
1.2.3. Особенности диагностики когнитивных нарушений: медицинский аспект.	
Основы лечения когнитивных расстройств.....	81
1.2.4. Особенности диагностики когнитивных нарушений:	
психологический аспект	92
<i>1.3. Мотивация граждан пожилого возраста к профилактике когнитивных нарушений.....</i>	<i>94</i>
1.3.1. Понятие профилактики когнитивных нарушений: виды профилактики.	
Применение комплексного подхода в работе с пожилыми людьми по профилактике когнитивных нарушений: практические рекомендации.	
Проблемы мотивации пожилых людей	94
1.3.2. Методы профилактики депрессии (Режим дня, питание, зож, общение, активность, поддержка и пр.). Возможности психологической поддержки и психотерапевтического воздействия	109
1.3.3. Методы профилактики деменции (Забота о здоровье, физическая активность, рациональное питание, тренировка мозга).....	127

<i>1.4. Вовлечение родственников пожилых граждан к вопросу профилактики когнитивных нарушений</i>	136
1.4.1. Понятие когнитивной стимуляции. Индивидуальные и групповые методы работы.....	136
1.4.2. Роль членов семьи в выявлении когнитивных нарушений	139
1.4.3. Методы оценки эмоционального состояния лица, осуществляющего уход за пожилым родственником. Приемы самопомощи и взаимопомощи.....	143
1.4.4. Нейтрализация рисков наблюдаемых признаков возможного факта жестокого обращения с пожилыми людьми	150
<i>1.5. Методы профилактики когнитивных нарушений</i>	159
1.5.1. Рекомендации по образу жизни в пожилом возрасте. Методы коррекции.....	162
1.5.2. Нейрогимнастика: рекомендации по тренировке когнитивных функций	177
1.5.3. Физкультура в пожилом возрасте, другие методы физической активности.....	182
1.5.4. Организация медицинской и социальной помощи больным с когнитивными расстройствами: куда следует обращаться за помощью.....	190
2. Дидактический раздел	196
<i>2.1. Психологические тесты: особенности проведения тестирования и интерпретации</i>	196
Введение	196
2.1.1. Аризонский опросник для родственников.....	198
2.1.2. Шкала оценки повседневной активности	200
2.1.3. Модифицированная методика мини-ког (mini-gog).....	202
2.1.4. Краткая шкала оценки психического статуса (mmse)	204
2.1.5. Монреальская шкала оценки когнитивных функций	206
2.1.6. Госпитальная шкала тревоги и депрессии.....	213
<i>2.2. Практические советы по работе с пожилыми людьми с когнитивными нарушениями.....</i>	218
2.2.1. Принятие диагноза: как подготовить пожилого человека и его близких?	219
2.2.2. Советы по уходу на ранней стадии развития болезни Альцгеймера	225
2.2.3. Советы по уходу на умеренной стадии развития болезни Альцгеймера	231
2.2.4. Советы по уходу на тяжелой стадии развития болезни Альцгеймера. Методы нейтрализации агрессивности, подозрительности и возбужденного поведения	241
<i>2.3. Интернет-ресурсы и мобильные приложения.....</i>	260
2.3.1. Перечень интернет-ресурсов	260
2.3.2. Перечень мобильных приложений	263
Заключение.....	266
Список литературы	268
Терминологический словарь	272

ПРЕДИСЛОВИЕ. ОБРАЩЕНИЕ К ЧИТАТЕЛЮ

*Человек, доживший до семидесяти или восьмидесяти лет,
может вдруг испытать живой интерес к миру,
ибо только теперь ему стало известно,
что есть мир, что мир может дать и что такое быть человеком*

Томас Браун

Под когнитивными нарушениями (когнитивными расстройствами, когнитивным снижением) понимаются нарушения работы когнитивных функций центральной нервной системы, возникающие вследствие различных по природе поражений частей головного мозга. Традиционно выделяют врожденные когнитивные нарушения, обусловленные расстройством раннего онтогенеза и приводящие к умственной отсталости, и приобретенные (возрастные) когнитивные нарушения, возникающие по мере старения человеческого организма и развития процессов ослабления и/или деградации когнитивных функций.

В данных методических материалах речь пойдет о второй группе когнитивных нарушений и проблемах их возможной профилактики.

Надо заметить, что сама природа когнитивного угасания в пожилом возрасте до сих пор таит в себе множество загадок. Со старостью, как с особым периодом человеческой жизни, связывают разные по своему содержанию стереотипные утверждения.

С одной стороны, старость воспринимается как «возраст мудрости» — человек прожил долгую, насыщенную событиями жизнь, накопил бесценный жизненный опыт и способен передать его новым поколениям. «База данных», созданная за долгие годы, помогает пожилому человеку решать

множество повседневных проблем. Доктор Оари Мончи из университета Монреаля, представляя результаты исследований мозговой деятельности в пожилом возрасте, ссылается на известную басню Эзопа «Черепаха и заяц». В гонке между Черепахой (пожилым) и Зайцем (молодым) побеждает первая, хоть она и намного медленнее. Но Черепаха знает, как лучше всего использовать свои способности, в то время как высокомерный Заяц во время гонки спит, а затем безуспешно пытается наверстать упущенное время.

С другой стороны, старость воспринимается как «возраст угасания», «конца жизни», время «собирать камни». Неслучайно при экспертной оценке личности пожилого человека медицинские работники чаще всего отмечают те признаки, которые формируют негативный психологический портрет: снижение самооценки, пессимизм, опасение одиночества и беспомощности, раздражительность, снижение интереса к новому, эгоцентричность, повышенное внимание к своим болезням. При этом акцентируется внимание на негативных изменениях личности в старости, в первую очередь, в контексте симптоматики тех либо иных заболеваний (например, центральной нервной системы), когда такие положительные качества человека, как бережливость, упорство, осторожность, в отношении пожилых людей трансформируются в свои противоположности — скучность, упрямство, трусливость.

В этих двух подходах причудливо переплетаются понятия биологического, психологического и социального старения. С возрастом человек неизбежно стареет, его биологический организм слабеет под гнетом прогрессирующих изменений метаболизма и физико-химических свойств клеток, нарушения саморегуляции и регенерации, структурных изменений функциональных тканей и органов. Однако неслучайно английский писатель Джуллиан Барнс замечает: «Сперва стареешь не в своих собственных глазах, а в глазах окружающих; и потом постепенно соглашаешься с их мнением о себе». Старость — понятие относительное: можно чувствовать себя глубо-

ким старцем и в 50 лет, а можно ощущать себя в душе молодым в весьма преклонном возрасте. Многое определяется здесь тем, насколько пожилой человек способен адаптироваться к процессу биологического старения и каким его видит общество.

Здесь следует обратиться к проблеме когнитивного старения, связанной с изучением влияния разнообразных социальных и психологических факторов на динамику процессов биологического старения человеческого организма. К таким факторам относятся одиночество, хронические стрессы, злоупотребление алкоголем, курение, недостаток физической нагрузки, нерациональное питание и т.д.

В контексте концепции когнитивного старения можно вывести две основные модели старения.

Первая модель — успешное (здравое, благополучное, продуктивное, «нормальное») старение, ориентированное на сохранение ключевых образцов поведения для предотвращения рисков заболеваний и высокую сохранность умственных и физических функций. В этом случае энергия пожилого человека может быть направлена на активную вовлеченность в социальную жизнь или на реализацию собственных («эгоистических») интересов, а может быть погружена в «альtruистическую» заботу о членах своей семьи — детях, внуках, и если эта забота воспринимается позитивно, то он находит в ней новый смысл жизни и счастье.

Вторая модель — патологическое («ненормальное») старение, когда пожилой человек не способен адаптироваться к окружающей среде и обстановке; он испытывает постоянный стресс, порождающий тревожно-депрессивные состояния, ощущает свою беспомощность и никчемность, одиночество и полную изоляцию от времени и пространства. Процесс патологического старения, конечно, может быть запущен последствиями заболеваний коры головного мозга, ведущих, например, к деменции, провоциру-

ющей необратимые и стойкие нарушения когнитивных функций, в первую очередь, памяти. Но предвестниками деменции могут стать те состояния психического напряжения и эмоциональной перегрузки, которые человек испытывал на протяжении ряда лет, не получая соответствующей и своевременной не столько медицинской, сколько психологической помощи. Тем самым процессы патологического старения запускают потенциально изменимые факторы, в том числе неумеренное потребление алкоголя, курение, неправильное (несбалансированное) питание, отсутствие контроля артериального давления, сердечного ритма, веса и др.

Иными словами, говоря о профилактике когнитивных нарушений, мы ведем речь непосредственно о профилактике патологического старения, вызываемого как объективными, так и субъективными (зависящими от человека) причинами.

Настоящие Методические материалы разработаны для организаций социального обслуживания Свердловской области, реализующих программу «Школа пожилого возраста» по направлению «Активное долголетие» в соответствии с комплексной программой Свердловской области «Старшее поколение».

«Школа пожилого возраста» — это реабилитационные и профилактические инновационные технологии, нацеленные на овладение пожилым человеком способностями к социальной самозащите. Школа относится к новым формам социального обслуживания: профилактическим, консультационным, реабилитационным, активным формам предоставления просветительских и рекреационных услуг.

Цель направления «Активное долголетие» — пропаганда здорового образа жизни среди граждан пожилого возраста, получение ими теоретических знаний и практических навыков активного долголетия, изучение современных методик оценки состояния здоровья и профилактики заболеваний,

основ рационального питания, восстановительной лечебной гимнастики, скандинавской ходьбы и др.

Основными задачами направления являются углубление и систематизация знаний слушателей о пожилых людях, о месте старости в онтогенезе человека; формирование социально-экономического подхода к проблеме здоровья в пожилом возрасте, активной и жизнеспособной пропаганде сохранения самостоятельности и независимости в повседневной жизни и др.

Методические материалы «Профилактика когнитивных изменений у граждан пожилого возраста» (по направлению «Активное долголетие» «Школ пожилого возраста») представляют собой методические рекомендации с дидактическими материалами для работников организаций социального обслуживания.

Методические рекомендации:

- созданы в целях повышения эффективности реализации направления «Активное долголетие» и уровня информированности работников организаций социального обслуживания, организаторов и преподавателей «Школ пожилого возраста» об основных признаках и особенностях возрастных когнитивных нарушений граждан пожилого возраста, способах их профилактики;
- представляют собой структурированную информацию, рекомендующую наиболее эффективные, практико-ориентированные методики, алгоритмы действий применительно к определенному виду деятельности в связи с работой с лицами пожилого возраста, в том числе с людьми с деменцией.

Дидактические материалы — это дополнительные материалы, представляющие собой наглядные средства и инструменты, позволяющие наиболее полно овладеть знаниями и использовать их в решении практических задач. Дидактические материалы включают в себя тестовые методики и шкалы, наиболее часто используемые при диагностике и самодиагностике когнитивных нарушений, практические советы по уходу за людьми пожило-

го и старческого возраста, находящимися на разных стадиях деменции (на примере болезни Альцгеймера), перечни рекомендуемых Интернет-ресурсов и мобильных приложений.

Методические материалы «Профилактика когнитивных изменений у граждан пожилого возраста», разработанные по направлению «Активное долголетие» «Школ пожилого возраста», предназначены:

- для работников организаций социального обслуживания Свердловской области, организаторов и преподавателей «Школ пожилого возраста»;
- для лиц, осуществляющих как профессиональный, так и непрофессиональный уход за пожилыми людьми, в том числе для близких и специалистов по уходу;
- для всех интересующихся данной проблематикой и заботящихся о сохранении своего здоровья.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РАБОТНИКОВ ОРГАНИЗАЦИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В РАБОТЕ С ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Ежегодно организациями социального обслуживания Свердловской области реализуется большое количество мероприятий, направленных на пропаганду поддержания здорового образа жизни граждан пожилого возраста. Наиболее ярко демонстрирует данную цель работа в рамках программы «Школа пожилого возраста».

«Школа пожилого возраста» — это уникальная площадка, целью которой является поддержание диалога между активными изменениями в мире и гражданами пожилого возраста. Организация работы отделений «Школы пожилого возраста» осуществляется ответственными специалистами организаций социального обслуживания — организаторами, которые ведут несколько направлений программы.

Одно из них — «*Активное долголетие*». Задачи данного направления отождествляют саму суть программы «Школа пожилого возраста»: поддержание социальной активности и психологического здоровья пожилых граждан. Очень важно своевременно обращать внимание на общее самочувствие и тревожные симптомы. Специалисты социальной сферы находятся в непосредственном контакте с пожилыми людьми, поэтому их оперативное реагирование может не только способствовать получению необходимой помощи, но и улучшению состояния клиента.

Представленные методические материалы послужат эффективным инструментом в работе организаторов «Школ пожилого возраста». Что такое «когнитивные изменения»; на какие признаки в первую очередь стоит обратить внимание; какую посильную помочь можно обеспечить пожилым людям; как прооконсультировать самих пожилых людей и их родственников, а также как эффективно профилактировать данные изменения здоровья — ответы на все эти вопросы станут хорошим подспорьем на пути к здоровому будущему граждан пожилого возраста.

Все эти теоретические аспекты и практические советы должны найти применение не только в направлении «Активное долголетие» «Школ пожилого возраста», но и в основной работе специалистов, направленной на социальное обслуживание пожилых граждан.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность изучения темы профилактики когнитивных изменений у граждан пожилого возраста.

Во Всемирном докладе о старении и здоровье (2015) цель здорового старения определяется как содействие людям в развитии и поддержании функциональной способности, обеспечивающей благополучие.

Функциональная способность включает в себя индивидуальную жизнеспособность человека как сочетание его физических и умственных способностей, включая психологические способности, его окружающую среду и взаимодействие между ними. В октябре 2017 года Всемирная организация здравоохранения опубликовала «Рекомендации по оказанию помощи на уровне общин при снижении индивидуальной жизнеспособности». В них содержатся научно обоснованные руководящие указания для медицинских и социальных работников, призванные помочь им в разработке и реализации мероприятий, ориентированных на потребности человека, по комплексной помощи пожилым на уровне местных сообществ. Именно оптимизация индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности признается на международном уровне ключевым фактором здорового старения.

Интерес к проблеме когнитивных нарушений в пожилом возрасте возник не случайно, будучи тесно связанным с общими проблемами старения населения: по оценкам ООН, население мира в возрасте 60 лет и старше в 1950 году составляло 205 млн человек, в 2000 году — около 600 млн, в 2009 году превысило 737 млн человек, а к 2050 году составит более 2 млрд человек, то есть за столетие оно увеличится в 9-10 раз. Учитывая нарастающее

с каждым годом постарение населения, растет и распространённость когнитивных расстройств.

По статистике, в мире деменцией страдают до 4,7% лиц старше 60 лет, а в странах в центральной Европе — до 8,7% (что объясняется как более высокой продолжительностью жизни, так и диагностикой заболеваемости). Распространенность же всех недементных когнитивных расстройств у людей в возрасте старше 80 лет достигает до 40%.

Снижение когнитивных способностей проявляется прогрессирующей забывчивостью, снижением внимания и способности к решению задач. Хотя точная причина не выяснена, снижение когнитивных способностей может быть связано с процессами старения мозга, заболеваниями (такими, как гипертензия и инсульт или болезнь Альцгеймера) или факторами окружающей среды: такими, как недостаток физической нагрузки, социальная изоляция и низкий уровень образования. Снижение когнитивных способностей начинает представлять проблему тогда, когда оно влияет на способность человека эффективно функционировать в окружающей его среде, то есть тогда, когда у человека возникает деменция.

В 2015 году во всем мире деменция была диагностирована у 47 млн человек (5% пожилого населения планеты), и эта цифра может вырасти до 75 млн к 2030 году и 132 млн к 2050 году. Ежегодно в мире деменция диагностируется примерно у 9,9 млн человек в настоящее время примерно 60% людей с деменцией проживают в странах с низким и средним уровнем дохода, и большинство новых случаев, как ожидается, будет приходиться именно на эти страны.

По приблизительным оценкам, в России насчитывается около 2 млн больных с деменцией, и в ближайшие десятилетия прогнозируется рост числа лиц пожилого и старческого возраста, что неизбежно повлечет увеличение числа людей с когнитивными расстройствами, включая деменцию, недееспособных и нуждающихся в опеке, постоянном уходе и лечении.

При надлежащей поддержке многие пожилые люди могут и должны сохранять самообслуживание, принимать участие в жизни семьи, иметь достойное качество жизни. Помощь должна быть основана на понимании того, что пожилые люди — не средоточие заболеваний и расстройств здоровья, а каждый человек — индивидуум с уникальным опытом, потребностями и предпочтениями. Ориентир на интересы и нужды человека означает, что во главу угла ставятся потребности индивидуума в медицинской и социальной помощи, а не отдельно взятые расстройства здоровья или симптомы.

В рамках комплексного подхода, ориентированного на интересы и нужды человека, также учитывается контекст повседневной жизни индивидуумов, в том числе взаимосвязь состояния их здоровья и их потребностей с таковыми в их ближайшем окружении и общинах.

В Российской Федерации помощь гражданам пожилого возраста с когнитивными расстройствами и деменцией регламентируется рядом документов, важнейшими среди которых являются:

- Федеральный Закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон РФ 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
- Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 г. № 164-р);
- Стандарт первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) (Приказ Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1220н);
- Стандарт первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции при дру-

гих болезнях, классифицированных в других рубриках (Приказ Минздрава России от 28.12.2012 г. № 1621н);

- Стандарт первичной медико-санитарной помощи при болезни Альцгеймера в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) (Приказ Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1222н);

- Стандарт первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в связи с эпилепсией в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) (Приказ Минздрава России от 24.12.2012 г. № 1515н);

- Стандарт специализированной медицинской помощи при болезни Альцгеймера (Приказ Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1228н);

- Стандарт специализированной медицинской помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в связи с эпилепсией (Приказ Минздрава России от 24.12.2012 г. № 1519н).

Согласно Клиническим рекомендациям «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста: МКБ 10: F00-03, G30-31, I67-69», утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2020 году, основными этапами (видами) оказания помощи пожилым людям с когнитивными нарушениями являются:

1. Доврачебный.
2. Первичная медико-санитарная помощь.
3. Специализированная помощь (кабинеты нарушений памяти в поликлиниках, гериатрические психоневрологические кабинеты и лечебно-реабилитационные подразделения в структуре ПНД; гериатрические отделения в психиатрических больницах разного профиля для оказания неотложной психогериатрической помощи).
4. Высококвалифицированная и высокотехнологичная помощь (федеральные и региональные невропсихогериатрические центры).

5. Службы долговременной медицинской помощи (в том числе и паллиативной) и ухода (психоневрологические интернаты, пансионаты для пожилых, коммерческие пансионаты по уходу за больными с деменцией, отделения с сестринским уходом в психиатрических больницах, органы социальной защиты по месту жительства).

В России в настоящее время оказание помощи людям с деменцией сопряжено с рядом проблем, таких как:

- недооценка значимости когнитивных и сопутствующих им расстройств в пожилом и старческом возрасте;
- стигматизация больных с деменцией;
- низкий уровень осведомленности как среди населения, так и во врачебном сообществе;
- неразвитость инфраструктуры и материальных ресурсов — недостаток специализированных кабинетов диагностики и лечения больных с деменцией и недементными когнитивными расстройствами;
- отсутствие эпидемиологических исследований, дающих объективную информацию о распространенности и заболеваемости деменцией в масштабах страны;
- недостаточная активность научных исследований, направленных на разработку методов профилактики, ранней диагностики и лечения когнитивных расстройств;
- недостаточная разработанность государственной стратегии, направленной на поддержку людей старшего возраста в целом и пожилых людей с деменцией, в частности.

Краткий библиографический обзор.

При составлении Методических материалов авторы исходили из содержания Клинических рекомендаций «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста», утвержденных Министерством здраво-

охранения Российской Федерации (2020), «Комплексной междисциплинарной и межведомственной программы профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста до 2025 года (2018), «Программы профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста» (2019), методических материалов «Оказание комплексной помощи пожилым людям (ICOPЕ). Рекомендации в отношении проведения оценок и составления схем организации ухода, ориентированных на потребности людей, в первичном звене медико-санитарной помощи» (2019), рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения.

В соответствии с выбранной структурой методических материалов были проанализированы научные публикации, посвященные проблемам:

- типологии возрастных когнитивных нарушений (Д.О. Громова, Г.Н. Носачев, В.А. Парфенов, И.С. Преображенская и др.);
- влияния медицинских и немедицинских факторов риска развития когнитивных нарушений (М.К. Касымжанова, А.В. Микляева, С.Д. Пономарева, Н.И. Распопова, Е.В. Фролова, И.К. Чупряев, В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина, А.В. Ясакова и др.);
- диагностики когнитивных нарушений у граждан пожилого возраста (А.А. Галаева, Е.В. Григорьев, Д.О. Громова, Ю.Д. Давыдова, Р.Ф. Еникеева, А.А. Ивкин, А.В. Казанцева, Н.Н. Коберская, А.В. Копытов, В.Л. Куликовский, М.М. Курбанова, С.Б. Малых, Р.Н. Мустафин, А.Р. Романова, Г.Р. Таббева, Э.К. Хуснутдинова, Д.Л. Шукевич и др.);
- особенностям применения комплексного подхода в работе с пожилыми людьми по профилактике когнитивных нарушений (Н. Горшунова, Н. Медведев, Ю. Капошко);
- методам профилактики когнитивных нарушений (И.С. Носкова и др.);

- возможностям и ограничениям реабилитации и терапии (И.В. Авдеева, О.В. Воробьева, А.А. Маличенко, А.Г. Николаева, Ю.В. Николаева, Т.Л. Оленская, И.С. Преображенская, К.И. Прощаев и др.);
- оказания психологической и психотерапевтической помощи пожилым людям, повышения самооценки и мотивации (Д.Н. Ефремова, К.В. Кузьмин, Л.Е. Петрова);
- организации ухода за пожилыми людьми (Р.О. Ахметели, Е.Н. Дудинская, С.Г. Затеева, Ю.В. Котовская и др.).

Настоящие Методические материалы включают в себя два основных раздела — «Методический» и «Дидактический».

В Методическом разделе рассматриваются следующие вопросы.

В параграфе 1.1. Возрастные когнитивные нарушения проанализированы:

- специфика основных когнитивных функций — внимания, памяти, мышления и речи, расстройств интеллекта, особенности биологического, психологического и социального старения и влияние геронтостереотипов на протекание названных процессов;
- основные стадии возрастных когнитивных нарушений, дана характеристика легких, умеренных и тяжелых когнитивных нарушений и их проявлений, а также субъективных когнитивных нарушений;
- основные медицинские и немедицинские факторы риска развития когнитивных нарушений.

В параграфе 1.2. Диагностика и самодиагностика когнитивных нарушений у граждан пожилого возраста проанализированы:

- понятие когнитивного старения, основные отличия естественных возрастных изменений от заболеваний, вызванных нарушениями функционирования головного мозга;
- методы и приемы самодиагностики и самооценки когнитивных нарушений;

- особенности медицинских и психологических аспектов диагностики когнитивных нарушений, основы лечения когнитивных расстройств.

В параграфе 1.3. Мотивация граждан пожилого возраста к профилактике когнитивных нарушений проанализированы:

- понятия первичной и вторичной профилактики когнитивных нарушений, особенности применения комплексного подхода в работе с пожилыми людьми по профилактике когнитивных нарушений;

- проблемы повышения мотивации пожилых людей;

- основные методы профилактики депрессии, возможности психологической поддержки и психотерапевтического воздействия;

- методы профилактики деменции.

В параграфе 1.4. Вовлечение родственников пожилых граждан к вопросу профилактики когнитивных нарушений проанализированы:

- особенности когнитивной стимуляции, индивидуальных и групповых методов работы;

- роль членов семьи в выявлении когнитивных нарушений;

- основные методы оценки эмоционального состояния лица, осуществляющего уход за пожилым родственником, приемы самопомощи и взаимопомощи;

- проблемы нейтрализации рисков жестокого обращения с пожилыми людьми.

В параграфе 1.5. Методы профилактики когнитивных нарушений даны рекомендации:

- по методам коррекции образа жизни в пожилом возрасте;

- по тренировке когнитивных функций (нейрогимнастике);

- по организации физкультурных занятий и других методов физической активности в пожилом возрасте.

В параграфе 1.5. также проанализированы вопросы организации медицинской и социальной помощи больным с когнитивными расстройствами.

В Дидактическом разделе рассматриваются следующие вопросы.

В параграфе 2.1. Психологические тесты: особенности проведения тестирования и интерпретации представлены основные тестовые методики и шкалы для осуществления ранней диагностики/самодиагностики когнитивных нарушений, в том числе:

- Аризонский опросник для родственников;
- шкала оценки повседневной активности;
- модифицированная методика Мини-Ког (Mini-Gog);
- краткая шкала оценки психического статуса (MMSE);
- Монреальская шкала оценки когнитивных функций;
- госпитальная шкала тревоги и депрессии.

В параграфе 2.2. Практические советы по работе с пожилыми людьми с когнитивными нарушениями даны советы и практические рекомендации:

- по принятию диагноза пожилым человеком и его близкими;
- по уходу на ранней стадии развития болезни Альцгеймера
- по уходу на умеренной стадии развития болезни Альцгеймера
- по уходу на тяжелой стадии развития болезни Альцгеймера, а также методам нейтрализации агрессивности, подозрительности и возбужденного поведения.

В параграфе 2.3. дан перечень рекомендуемых интернет-ресурсов и мобильных приложений.

В заключение Методических материалов представлен «Краткий терминологический словарь».

1. МЕТОДИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

1.1. ВОЗРАСТНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Существует только один способ не превратить старость в пародию на прожитую жизнь, а именно — продолжать преследовать цели, которые придают смысл существованию: преданность людям, группам или делу, общественной, политической, интеллектуальной или творческой работе.

Дэвис Джесселлерсон

1.1.1. Когнитивные функции: внимание, память, мышление, речь. Расстройства интеллекта.

1.1.2. Особенности биологического, психологического и социального старения. Влияние геронтостереотипов.

1.1.3. Возрастные когнитивные нарушения: понятие, причины, особенности. Легкие, умеренные, тяжелые когнитивные нарушения. Депрессия. Деменция и болезнь Альцгеймера. Субъективные когнитивные нарушения.

1.1.4. Факторы риска развития когнитивных нарушений в пожилом возрасте: медицинские факторы, влияние образа жизни, психологические факторы и пр.

1.1.1. КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ: ВНИМАНИЕ, ПАМЯТЬ, МЫШЛЕНИЕ, РЕЧЬ. РАССТРОЙСТВА ИНТЕЛЛЕКТА

Традиционно под когнитивными (или — познавательными, высшими психическими) функциями понимаются наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется рациональное познание мира и обеспечивается целенаправленное с ним взаимодействие посредством:

- восприятия информации — ее приема и преобразования в образы и представления, обеспечивающие отражение объективной реальности и ориентировку в окружающем мире;
- обработки и анализа информации с ее последующей интерпретацией и формированием соответствующих ответов и/или реакций на воспринятые стимулы или впечатления;
- запоминания и хранения информации в памяти человека;
- обмена информацией, построения и осуществления программы действий.

К когнитивным функциям, обеспечивающим человеку возможность сохранять в сознании запечатленное и субъективно выражать и передавать его другим людям, в медицинской и психологической практике традиционно относят внимание, память, мышление и речь.

Остановимся на краткой характеристике основных когнитивных функций.

Внимание — это избирательная направленность сознания человека на определенные предметы и явления. Основной задачей внимания является отбор и селекция получаемой человеком информации. При этом внимание не является самостоятельным процессом отражения действительности, так как оно не может проявляться отдельно — изолированно — от других процессов высшей нервной деятельности, а представляет собою одну из ее сторон, а именно — динамики. То есть мы внимательно или невнимательно слушаем, смотрим, думаем, что-то делаем.

С физиологической точки зрения внимание не имеет особого нервного центра, такого, как зрительные, слуховые и другие ощущения и/или восприятия, а также движения, связанные с деятельностью определенных участков коры больших полушарий головного мозга.

Однако внимание обусловлено работой тех же самых нервных центров, с помощью которых осуществляются сопровождаемые вниманием психи-

ческие процессы. Это означает наличие в коре головного мозга участков с повышенной или пониженной возбудимостью: когда в одном участке начинается сильное возбуждение, одновременно в других участках, не связанных с выполнением данной деятельности, возникает торможение, затухание или даже полное прекращение нервного процесса. В результате сознание человека сосредотачивается на определенных предметах или явлениях социальной действительности, имеющих в данный, конкретный момент времени устойчивую или ситуативную для него значимость, соответствующую либо его актуальным потребностям, либо положением объекта/явления в структуре деятельности человека.

При этом внимание нередко провоцирует соответствующие сдвиги в организме человека, влияя на изменения сердечно-сосудистой деятельности и вызывая соответствующие реакции. Например, получаемая человеком негативная или травмирующая информация воздействует на ритм сердечной деятельности, вызывая стрессы и способствуя развитию заболеваний.

Основные свойства внимания и их характеристика:

	<i>Свойства</i>	<i>Характеристика</i>
1.	Концентрация	сосредоточенность на главном в деятельности, способность человека отвлечься от всего того, что находится в данный момент за пределами решаемой задачи
2.	Избирательность	сосредоточенность на наиболее важных для человека предметах/явлениях
3.	Распределение	возможность человека иметь в сознании одновременно несколько разнородных объектов или же выполнять сложную деятельность, состоящую из множества одновременных операций
4.	Объем	характеризуется количеством объектов или их элементов, которые могут быть одновременно восприняты с одинаковой степенью ясности и отчетливости

5.	Интенсивность	характеризуется относительно большей затратой нервной энергии на выполнение конкретного вида деятельности, в связи с чем участвующие в этой деятельности психические процессы протекают с большей ясностью, четкостью и быстротой
6.	Устойчивость	способность человека задерживаться на восприятии данного объекта или выполнения того или иного действия
7.	Отвлекаемость	следствие слабости волевого усилия и/или интереса к объекту или деятельности

Виды внимания и их характеристика

	<i>Виды</i>	<i>Характеристика</i>
1.	Преднамеренное, или произвольное, внимание	<ul style="list-style-type: none"> - возникает в результате сознательных усилий человека, направленных на лучшее выполнение той или иной деятельности; - характеризуется целенаправленностью, избирательностью, организованностью, повышенной устойчивостью; - связано с выполнением конкретной задачи, когда из многих объектов выбираются только те, которые необходимы в данный момент времени; - предполагает наличие плана деятельности, позволяющего организовать работу на протяжении более или менее долгого времени
2.	Непреднамеренное, или непроизвольное, внимание	<ul style="list-style-type: none"> - вызывается внешними причинами — теми или другими особенностями объектов/явлений, действующих на человека в данный момент (например, более сильный звук, необычность и его динамичность)
3.	Последипривольное внимание	<ul style="list-style-type: none"> - возникает на основе произвольного внимания, после него; - совмещает в себе некоторые особенности произвольного внимания (осознание цели) и некоторые черты непроизвольного внимания (не нужно волевых усилий для его поддержания)

Все виды внимания связаны с готовностью и предрасположенностью человека к определенным действиям — с его установками, повышающими чувствительность органов чувств и уровень всех психических процессов. Внимание помогает воспринимать наиболее важные стимулы, игнорируя неважные и предоставляя возможность произвольно направлять и удерживать фокус на интересующих объектах, что позволяет продуктивно решать стоящие перед человеком задачи.

Нарушения внимания могут быть очень разнообразными. Как правило, выделяют:

- нарушения внимания, связанные с изменением состояния бодрствования (может быть нарушено как произвольное, так и непроизвольное внимание);
- нарушения характеристик произвольного внимания (его селективности, устойчивости, переключаемости, объема и пр.).

Виды нарушений внимания:

	<i>Виды</i>	<i>Их характеристика</i>	<i>Наблюдается</i>
1.	Невнимание (апрозексия)	<ul style="list-style-type: none"> - отсутствует или затруднена фокусировка внимания на важных и неважных стимулах; - восприятие всех стимулов нарушено, и они игнорируются; - человек выглядит вялым, недостаточно реагирующим на происходящее вокруг, его внимание трудно или невозможно чем-либо привлечь 	<ul style="list-style-type: none"> при угнетении сознания, интоксикации седативными веществами, утомлении, апатии, сонливости, грубых нарушениях интеллекта, органических поражениях головного мозга определенных локализаций

2.	Сверхотвлекаемость (гиперметаморфоз, сверхбодрствование)	<ul style="list-style-type: none"> - внимание фокусируется сразу на всех действующих стимулах (важных и неважных); - внимание становится крайне неустойчивым, человек постоянно отвлекается на каждый новый стимул; - нарушаются последовательность, цельность мыслительной деятельности, вплоть до развития состояния растерянности, недоумения 	<p>при маниакальных состояниях, интоксикациях стимуляторами и психодислептиками, иногда при галлюцинаторно-бредовых состояниях, органических поражениях головного мозга определенных локализаций</p>
3.	Неустойчивость внимания (патологическая отвлекаемость)	<ul style="list-style-type: none"> - характеризуется неспособностью удерживать фокус произвольного внимания на нужном объекте, из-за чего страдает продуктивность деятельности; - ведущую роль играет непроизвольное внимание: человек постоянно отвлекается на посторонние стимулы, случайно попадающие в поле его внимания; - может полностью дезорганизовать деятельность человека 	<p>при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), некоторых случаях органических поражений головного мозга (особенно дорсальной поверхности лобных долей)</p>
4.	Истощаемость внимания	<ul style="list-style-type: none"> - характеризуется неспособностью длительное время удерживать фокус произвольного внимания; - внимание, первоначально направленное на нужный индивиду объект, затем истощается и на первый план выходит непроизвольное внимание 	<p>при переутомлении и астении, синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), органическом поражении головного мозга</p>

5.	Тугоподвижность внимания (вязкость, патологическая прикованность)	<ul style="list-style-type: none"> - характеризуется трудностями с переключением внимания с одной темы или объекта на другую тему или объект; - человек не может отвлечься от определенной темы, заслоняющей все происходящее вокруг; - возможно возникновение патологических суждений — бреда, «сверхценных» и навязчивых идей 	при органических заболеваниях головного мозга, в том числе эпилепсии, сосудистых заболеваниях и пр.
6.	Сужение объема внимания	<ul style="list-style-type: none"> - характеризуется резким ограничением объема воспринимаемой информации («туннельное зрение»); - в фокусе внимания удерживается лишь небольшое количество эмоционально значимых объектов; - другие объекты, в том числе те, которые помогли бы найти выход из сложившейся ситуации или дали бы возможность альтернативному пути действий, не воспринимаются 	при стрессах, аффективно-шоковых реакциях, психических заболеваниях (например, шизофрении)

Память — это способность головного мозга усваивать, сохранять и воспроизводить необходимую информацию для текущей деятельности индивида — того, что человек отражал, делал или переживал. Память имеет огромное значение в жизни и деятельности человека. Благодаря памяти формируются представления о воспринятых ранее предметах или явлениях, в результате чего содержание сознания человека не ограничивается имеющимися ощущениями и восприятиями, а включает в себя опыт и знания, приоб-

ретенные в прошлом. Кроме этого, память позволяет использовать прошлые опыт и знания для планирования и прогнозирования последствий будущих действий и поведения. Если бы человек не обладал памятью, его мышление стало бы очень ограниченным, так как проводилось бы лишь на материале, получаемом в процессе непосредственного, сиюминутного восприятия.

Функция памяти связана с деятельностью головного мозга в целом, но в первую очередь гиппокампа — важнейшего отдела мозга, служащего для формирования визуально-пространственных представлений, связанных с процессом запоминания текущих событий, формирования кратковременной памяти и ее постепенного превращения в долговременную память.

Основные процессы памяти и их характеристика:

	Процессы	Характеристика
1.	Запоминание	запечатление в сознании человека полученной информации, которая является необходимым условием обогащения его опыта новыми знаниями и формами поведения
2.	Сохранение	удержание в памяти полученных знаний в течение относительно длительного периода времени
3.	Воспроизведение	активизация закрепленного ранее содержания психики
4.	Узнавание	опознание объекта, ранее известного по прошлому опыту

Основные свойства памяти и их характеристика:

	Свойства	Характеристика
1.	Объем	- отражает количественные показатели и возможности запечатляемой, сохраняемой и воспроизводимой человеком информации
2.	Быстрота	- отражает способность достигать определенной скорости обработки и использования памяти в процессе запечатления, сохранения и воспроизведения информации

3.	Точность	- показывает способность качественно и продуктивно отражать основное содержание информации
4.	Готовность	- свидетельствует о предрасположенности человека и его сознания всегда активно использовать всю запечатленную информацию
5.	Длительность	<p>- свидетельствует о способности удерживать в сознании нужную информацию в связи с этим различают:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кратковременную память, представляющую собой запоминание и сохранение информации на короткий срок непосредственно после ее предъявления; - долговременную память, способную хранить информацию в течение практически неограниченного срока, что предполагает способность человека в любой нужный момент припомнить то, что когда-то было им запомнено (при пользовании долговременной памятью для припоминания нередко требуется мышление и усилия воли, поэтому ее функционирование на практике обычно связано с двумя этими процессами); - оперативную память, рассчитанную на хранение информации в течение определенного, заранее заданного срока, в диапазоне от нескольких секунд до нескольких дней. Срок хранения сведений этой памяти определяется задачей, вставшей перед человеком, и рассчитан только на решение данной задачи. После этого информация может исчезать из оперативной памяти. Этот вид памяти по длительности хранения информации и своим свойствам занимает промежуточное положение между кратковременной и долговременной

Различают такие виды памяти, как:

- наглядно-образная память — память на сенсорные (зрительные, звуковые, осязательные, обонятельные и т.д.) образы;
- словесно-логическая память — память, тесным образом связанная со словом, мыслью и логикой. Данный вид памяти характеризуется тем, что че-

ловек может быстро и точно запомнить смысл событий, логику рассуждений или какого-либо доказательства, смысл читаемого текста и т.п. Этот смысл он может передать собственными словами, причем достаточно точно;

- двигательная память — память на движения, представляет собой запоминание и сохранение, а при необходимости и воспроизведение с достаточной точностью многообразных сложных движений, она участвует в формировании двигательных, в частности трудовых и спортивных, умений и навыков;

- эмоциональная память — память на переживания, она участвует в работе всех видов памяти, но особенно проявляется в человеческих отношениях. На эмоциональной памяти непосредственно основана прочность запоминания материала: то, что у человека вызывает эмоциональные переживания, запоминается им без особого труда и на более длительный срок.

Кроме того, в зависимости от приемов заучивания различают механическую и смысловую память. Механическая память — это запоминание информации в той форме, в которой она воспринимается. Алогическая (смысловая) память представляет собой запоминание не внешней формы, а смысла изучаемой информации.

В целом, объем, быстрота, точность, длительность и готовность памяти в совокупности проявления своих особенностей характеризуют эффективность памяти в целом и конкретного человека, в частности.

Выраженные нарушения памяти — «амнезии» — развиваются, как правило, вследствие черепно-мозговой травмы или органических заболеваний, приводящих к гибели нейронов головного мозга (например, при болезни Альцгеймера) и частичной или полной потере памяти.

Снижение функций памяти влечет за собой серьезные социальные последствия для человека, провоцируя состояние вынужденной изоляции, одиночества и отсутствия взаимодействия с другими людьми, что специали-

стами считается основным источником психического и психосоциального стресса, который способствует увеличению распространенности неврологических заболеваний, нейропсихологических расстройств и, в конечном итоге, увеличивает риск смертности.

В целом же, внимание и память тесно взаимосвязаны: так, нарушения, при которых постоянно отмечается некоторый недостаток объема и/или распределения внимания, проявляющийся в виде невозможности удерживать в фокусе внимания необходимое для выполнения той или иной деятельности количество информации, трактуются, как недостаточность объема рабочей, или оперативной, памяти человека.

Именно рабочая память наиболее чувствительна к снижению в пожилом возрасте, и в психологической науке предложено несколько гипотез, объясняющих причины такого снижения. Так, американский психолог Тимоти Салтуз утверждает, что наблюдаемое с возрастом общее замедление когнитивных процессов, проявляющееся в замедлении скорости обработки информации, приводит к увеличению времени разрушения содержимого рабочей памяти, что снижает ее эффективную емкость. Другим предположением является гипотеза подавления, выдвинутая Линн Хашер и Роуз Закс, которые утверждают, что в пожилом возрасте у человека развивается дефицит способности подавлять нерелевантную или более неактуальную информацию, в результате чего рабочая память «загромождается» ненужным содержимым, уменьшающим ее эффективную емкость. Наконец, третья гипотеза утверждает, что снижение емкости рабочей памяти и когнитивных функций в целом связано с изменениями на нейронном уровне, происходящими в префронтальной коре головного мозга, «стареющей» быстрее, чем все остальные его области.

Мышление — это психический познавательный процесс отражения существенных связей и отношений предметов и явлений объективного мира.

При этом в процессе мышления человек отражает мир иначе, чем в процессах восприятия и/или воображения: когда человек мыслит о каких-либо предметах или явлениях, он отражает в своем сознании не их внешние особенности, а саму сущность предметов, их взаимные связи и отношения, а их образы отходят на задний план. Иными словами, в процессе мышления человек воспринимает не какой-то конкретный предмет (например, дерево), а его сущность, отражающую его связи и отношения с другими предметами и/или явлениями.

Особенности процесса мышления и их характеристика:

	<i>Особенности</i>	<i>Характеристика</i>
1.	Мышление всегда имеет опосредованный характер	Устанавливая связи и отношения между предметами и явлениями, человек опирается не только на непосредственные ощущения и восприятия, но учитывает свой прошлый опыт, сохранившийся в памяти
2.	Мышление опирается на имеющиеся у человека знания об общих законах природы и общества	В процессе мышления человек пользуется уже сложившимися на основе предшествующей практики знаниями общих положений, в которых отражены наиболее общие связи и закономерности окружающего мира
3.	Мышление исходит из «живого созерцания», но не сводится к нему	Связи и отношения между явлениями человек всегда отражает в отвлеченном и обобщенном виде, как имеющие общее значение для всех сходных явлений, а не только для конкретно наблюдаемого в данный момент времени
4.	Мышление всегда есть отражение связей и отношений между предметами в словесной форме	Мышление и речь находятся в неразрывном единстве: мышление человека протекает исключительно в словесной (верbalной) форме, облегчающей процессы абстракции и обобщения, так как сами слова по своей природе отражают представления о действительности в самой обобщенной форме

5.	Мышление человека органически связано с практической деятельностью	Мышление так отражает окружающий человека внешний мир, чтобы соответствовать задачам, возникающим перед ним в процессе труда и других видов деятельности
----	--	--

Содержание мышления очень многообразно. Оно проявляется себя посредством особых мыслительных операций анализа, синтеза, сравнения, абстрагирования, обобщения и конкретизации.

Операции мышления и их характеристика:

	<i>Операции</i>	<i>Характеристика</i>
1.	Анализ	операция расчленения сложного объекта на составляющие его части, позволяющая понять составные части объекта
2.	Синтез	операция, позволяющая перейти от частей к целому, в результате чего формируется целостное понятие о данном предмете или явлении, как состоящем из закономерно связанных частей
3.	Сравнение	операция, заключающаяся в сопоставлении предметов и явлений, их свойств и отношений друг с другом и выявлении, таким образом, общности или различия между ними
4.	Абстрагирование	операция, основанная на отвлечении от несущественных признаков предметов или явлений и выделении в них главного — их сущностей
5.	Обобщение	операция, основанная на объединении многих предметов или явлений по какому-то общему признаку
6.	Конкретизация	операция, характеризующая движение мысли от общего к частному — жизненно важному для человека в конкретный момент времени

Формами мышления являются:

1. Понятие — отражение в сознании общих и существенных свойств предмета или явления.
2. Суждение — основная форма мышления, в процессе которой утверждаются или отражаются связи между предметами и явлениями действительности.
3. Умозаключение — выделение из одного или нескольких суждений нового суждения и определение его истинности или ложности.

Выделяют такие виды мышления как наглядно-действенное (непосредственно включенное в деятельность человека), образное (осуществляющееся на основе образов, представлений того, что человек воспринимал раньше) и абстрактное (совершающееся на основе отвлеченных понятий, которые образно не представляются).

Наконец, мышление проявляется через его способы — индукцию и дедукцию.

Индукция — это способ мышления, при котором умозаключение идет от единичных фактов к общему выводу. Индукция — это обобщение, сделанное на основе частных примеров и позволяющее использовать закономерности одного конкретного случая или небольшого числа случаев и проверять их в других обстоятельствах.

Дедукция — это способ мышления, осуществляющегося в обратном порядке, например, аналитический вывод о частном случае на основе имеющейся общей теории.

В осуществлении процессов мышления принимает участие вся кора головного мозга, а именно — те сложные временные связи, которые первоначально образуются под воздействием внешних раздражителей (объектов или явлений окружающего мира). Впоследствии происходит дифференцировка временных связей: они уточняются, закрепляются и становятся физиологической основой более или менее точных и правильных знаний о внешнем

мире, вызывая соответствующие им ощущения, восприятия и представления. Раздражителями здесь становятся уже не конкретные предметы и их свойства, а слова, отражающие их взаимосвязь и взаимообусловленность. Именно слова, выраженные в речи, представляют собой отвлечение от предметного мира и допускают обобщение, что и составляет сущность человеческого мышления.

При этом мышление обеспечивается системами функционально объединенных нейронов головного мозга, отвечающих за конкретные мыслительные операции, — так называемые нейронные коды. При принятии решений образуются определенные функциональные системы, которые обеспечивают разные уровни принятия решений.

Как уже отмечалось выше, мышление неразрывно связано с речью, и человек способен мыслить исключительно в словесной, вербальной форме.

Речь — это способность обмениваться информацией с помощью высказываний. Процесс речи предполагает, с одной стороны, формирование и формулирование мыслей языковыми (речевыми) средствами, а с другой стороны — восприятие языковых конструкций и их понимание. В процессе речевого общения люди выражают с помощью языка мысли и чувства, добиваются взаимного понимания в целях осуществления совместной деятельности. Звуки, входящие в состав слов устной речи, имеют сложное физическое строение; в них различают частоту, амплитуду и форму колебания воздушных звуковых волн.

Содержательность речи определяется количеством выраженных в ней мыслей, чувств и стремлений, их значительностью и соответствием действительности; понятность достигается синтаксически правильным построением предложений, а также применением в соответствующих местах пауз или выделения слов с помощью логического ударения; ее выразительность связана с эмоциональной насыщенностью; действенность речи заключается

в ее влиянии на мысли, чувства и волю других людей, на их убеждения и поведение.

Выделяют такие виды речи, как устная (общение между людьми посредством произнесения слов, с одной стороны, и восприятия их людьми на слух — с другой), монологическая (речь одного человека), диалогическая (разговор, в котором участвует не менее двух собеседников), письменная (речь посредством письменных знаков). Наконец, особое значение имеет внутренняя речь, не выполняющая функции общения, а обслуживающая процесс мышления конкретного человека.

Специальными исследованиями установлено, что способность человека к анализу и синтезу речи связана с левым полушарием головного мозга; со слухоречевой зоной коры больших полушарий (задней частью височной извилины — «центр Вернике») и с «зоной Брока», расположенной в нижних отделах третьей лобной извилины.

К периферическим системам обеспечения речи относятся: энергетическая система дыхательных органов, необходимая для возникновения звука; легкие и главная дыхательная мышца — диафрагма; генераторная система (звуковые вибраторы — голосовые связки гортани, при колебании которых образуются звуковые волны); резонаторная система (носоглотка, череп, горло и грудная клетка).

Нарушения речи — «афазии» — развиваются при патологии лобных или височно-теменных отделов головного мозга (чаще всего после ишемического или геморрагического инсульта, при травмах или опухоли головного мозга, энцефалите, прогрессирующих заболеваниях центральной нервной системы и других воспалительных процессах мозга). Афазии могут затрагивать фонематическую, морфологическую и синтаксическую структуры речи. В этой связи в рамках упрощенной классификации выделяют «сенсорную афазию», когда человек не понимает речь, хотя может произносить сло-

ва и фразы, и «моторную афазию», когда человек не может говорить, хотя при этом и понимает устную речь.

Итак, когнитивные функции обеспечиваются процессами, протекающими в головном мозге, с помощью которых происходит активное пребывание в окружающем мире и анализ полученной информации, а именно:

- возможность хранения и неоднократного воспроизведения информации;
- приобретение новых навыков и знаний;
- способность концентрироваться на восприятие определенного объекта или действия;
- получение и усвоение информации;
- анализ информации, выявление зависимостей и связей между разными объектами;
- навык понимания и выражения мыслей с помощью определенного набора звуков;
- способность к последовательному выполнению целенаправленных действий.

Когнитивные функции обеспечиваются интегрированной деятельностью головного мозга в целом, формируя интеллектуальные способности человека, основой которых является мышление и речь, сопровождаемые и обусловленные вниманием и памятью.

Интеллект — это способность сопоставлять информацию, использовать накопленный опыт и знания в практической деятельности применительно к новой ситуации, находить общее и различия, выносить суждения и умозаключения. Интеллект фактически представляет собою своеобразный «багаж знаний», накапливаемый человеком по мере взросления и воплощающий в себе возможности и ограничения его мышления —способностей размышлять в процессе отражения объективной действительности, представленном в соответствующих суждениях и понятиях.

Расстройства интеллекта (слабоумие) могут быть:

1. Врожденными, обусловленными расстройством раннего онтогенеза (индивидуального развития организма человека) и приводящими к умственной отсталости (олигофрении).

В традиционной классификации выделяли 3 вида умственной отсталости:

1. Дебильность (иногда сохраняется способность к труду).
2. Имбэцильность (сохраняется способность к самообслуживанию).
3. Идиотия (не сохраняется способность к самообслуживанию и речи).

Однако в конце XX века эти понятия были выведены из употребления, поскольку стала очевидной их непригодность для обозначения одного и того же явления. Кроме того, эти слова вышли за сугубо медицинские рамки в разговорный язык, где приобрели яркую отрицательную коннотацию; вместо них предложено использовать нейтральные термины, однозначно указывающие на степень тяжести умственной отсталости.

Степень умственной отсталости	Традиционный термин	Коэффициент интеллекта*	Умственный возраст
Легкая	Дебильность	50-69	9-12 лет
Умеренная	Нерезко выраженная имбэцильность	35-49	6-9 лет
Тяжелая	Выраженная имбэцильность	20-34	3-6 лет
Глубокая	Идиотия	до 20	до 3 лет

* Примечание: Понятие коэффициента интеллекта (*IQ* — «intelligence quotient», «ай кью») было введено немецким психологом У. Штерном (1912) для количественной оценки уровня умственного развития человека. *IQ* ниже 70 квалифицируется как «умственная отсталость».

2. Приобретенными, обусловленными, как правило, органическими заболеваниями головного мозга. В предстарческом и старческом возрасте к таким расстройствам следует отнести болезнь Альцгеймера, деменции сосудистой или метаболической природы.

1.1.2. ОСОБЕННОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОГО, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТАРЕНИЯ. ВЛИЯНИЕ ГЕРОНТОСТЕРЕОТИПОВ

Старение человека — это физиологический и динамический процесс, продолжающийся во времени. И все же процесс старения человека сложен и сугубо индивидуален, протекая в трех основных *сферах* — биологической, психологической и социальной.

Биологическое старение — характеризуется прогрессирующими возрастными изменениями метаболизма и физико-химических свойств клеток, ведущими к нарушению саморегуляции, регенерации и структурным изменениям функциональных тканей и органов. Это естественный и необратимый процесс, который, однако, может протекать по-разному — как успешное (*типичное*) старение или как патологическое старение. Тем не менее, биологические изменения, происходящие с возрастом в организме человека, влияют на настроение, отношение к окружающей среде, физическое состояние и социальную активность, определяя место пожилых людей в семье и обществе.

Когда же начинается биологическое старение? Каждый человек состоит из 13 триллионов клеток, а ткани и органы представляют собой совокупность клеток, удерживаемых вместе с различными природными материалами, созданными клетками. Уже с момента зачатия каждая из клеток начинает процесс старения. В какой-то момент жизни, как правило, в 30-40-летнем возрасте, начинают проявляться явные признаки старения, находящие свое

отражение в показателях артериального давления, в состоянии сердечно-сосудистой, пищеварительной, нервной системы, в видимых изменениях кожи, костей и суставов.

Ниже приведены примеры того, как старение влияет на некоторые из основных систем организма:

<i>Системы</i>	<i>Признаки старения</i>
Клетки, органы и ткани	<ul style="list-style-type: none"> - клетки замедляют способность к делению; - концевые участки хромосом внутри каждой клетки (теломеры) постепенно укорачиваются, пока, наконец, не становятся настолько короткими, что клетка умирает; - соединительная ткань между клетками становится более жесткой; - снижается максимальная функциональная способность многих органов
Сердце и кровеносные сосуды	<ul style="list-style-type: none"> - стенки сердца становятся толще, а сердечная мышца — менее эффективной (работает тяжелее, чтобы перекачивать такое же количество крови); - аорта (главная артерия) становится толще, жестче и менее гибкой; - во многих артериях организма, в том числе в артериях, снабжающих кровью сердце и мозг, медленно развивается атеросклероз, хотя у некоторых людей это состояние никогда не становится тяжелым
Кости, мышцы, суставы	<ul style="list-style-type: none"> - кости становятся тоньше и менее прочными; - суставы становятся жестче и менее гибкими; - хрящи и кости в суставах начинают ослабевать; - мышечная ткань становится менее объемной и прочной
Пищеварительная система	<ul style="list-style-type: none"> - замедляется движение пищи по пищеварительной системе; - желудок, печень, поджелудочная железа и тонкий кишечник вырабатывают меньшее количество пищеварительных соков

Мозг и нервная система	<ul style="list-style-type: none"> - уменьшается количество нервных клеток в головном и спинном мозге; - уменьшается количество связей между нервными клетками; - в головном мозге могут образовываться аномальные структуры, известные как бляшки и клубки
Глаза и уши	<ul style="list-style-type: none"> - сетчатка становится тоньше, а радужная оболочка — жестче; - зрение становится менее четким; - истончаются стенки слухового прохода; - барабанные перепонки становятся толще
Кожа, ногти и волосы	<ul style="list-style-type: none"> - кожа истончается и становится менее эластичной; - потовые железы производят меньше пота; - ногти растут медленнее; - волосы седеют, а подчас вовсе перестают расти
Динамические изменения	<ul style="list-style-type: none"> - организму сложнее контролировать свою температуру; - для нормализации пульса после тренировки (быстрой ходьбы) требуется больше времени

Каждый человек стареет с разной скоростью и в разной степени, но, тем не менее, можно определить некоторые общие признаки и симптомы старения, а именно:

- повышенная восприимчивость к инфекции, повышенный риск теплового удара или переохлаждения;
- незначительная потеря роста по мере того, как кости позвоночника становятся тоньше и немного теряют в высоте;
- ломкость кости и изменения суставов — от незначительной жесткости до тяжелого артрита, склонность к изогнутости;
- замедленное и ограниченное движение, снижение координации и трудности с равновесием;
- запор, недержание мочи;
- незначительное замедление памяти и мышления (хотя слабоумие и серьезная потеря памяти не являются нормальной частью старения);

- снижение остроты зрения, некоторая степень потери слуха;
- морщинистая и дряблая кожа, поседевшие волосы;
- потеря веса после 55 лет у мужчин и после 65 лет у женщин, частично из-за потери мышечной ткани.

Хотя с возрастом тело претерпевает множество естественных изменений, не все изменения нормальны. Существует множество неверных представлений о том, что является нормальной частью старения. Старость, отождествляемая подчас с «дряхлостью», например, *не является* естественным следствием старения, хотя многие люди так считают. На старение влияет множество различных факторов: генетика, диета, упражнения, болезни и др.

Современные биологические исследования позволили идентифицировать гены, которые могут существенно влиять на скорость старения клеток и животных, и некоторые ученые считают, что прорывы в исследованиях старения в XXI веке приведут к разработке лекарств, которые могут продлить жизнь человека и одновременно улучшить его здоровье. Конечно, это хорошо, если только мир найдет место, работу и ресурсы для всех дополнительных людей.

Психологическое старение относится к сознанию человека и его способности адаптироваться к процессу старения. Так, широкое распространение в отечественной психологической литературе получила типология приспособления личности к старению, предложенная Д. Бромлей:

<i>Типы приспособления</i>	<i>Их содержание</i>
Конструктивное отношение	Пожилые люди внутренне уравновешены, имеют хорошее настроение, удовлетворены эмоциональными контактами с окружающими людьми. Позиция личности оптимистическая, а приближающаяся смерть трактуется как естественное событие, неизбежный факт завершения жизненного цикла. Самооценка устойчива и достаточно высокая

Отношение зависимости	Зависимый от супружеского партнера или от своего ребенка, не имеющий слишком высоких жизненных претензий и благодаря этому охотно уходящий от профессиональной среды. Ощущение безопасности обеспечивает семья, помогающая поддерживать внутреннюю гармонию, эмоциональное равновесие и избегать проявлений агрессивности и страха
Оборонительное отношение	Характерны преувеличенная эмоциональная сдержанность, некоторая прямолинейность в своих поступках и привычках, стремление к «самообеспеченности» и неохотному принятию помощи от других людей. Люди с оборонительным отношением к наступающей старости с большой неохотой и только под давлением окружающих оставляют свою профессиональную работу. Защитный механизм от страха смерти — искусственно стимулируемая активность разного рода (социальная, физическая и т.п.)
Отношение враждебности к окружающим	Люди с таким отношением агрессивны, взрывчаты и подозрительны, стремятся «переложить» на других людей вину и ответственность за собственные неудачи, не совсем адекватно оценивают действительность. Они склонны к острым реакциям страха, не воспринимают свою старость, с отчаянием думают о прогрессирующющей утрате сил. Все это соединяется с враждебным отношением и недоверием к окружающим, избеганием эмоциональных контактов с другими людьми. Такой своего рода бунт против собственной старости сочетается у этих людей с сильным страхом смерти
Отношение враждебности человека к самому себе	Люди такого типа избегают воспоминаний, потому что в их жизни было много неудач и трудностей. Они пассивны, не бунтуют против собственной старости, лишь безропотно принимают то, что посыпает им судьба. Невозможность удовлетворить потребность в любви является причиной депрессий, претензий к себе и печали. Завершение жизни, смерть трактуется этими людьми как избавление от страданий

С возрастом возрастают трудности с приспособлением к новой ситуации, происходят неблагоприятные изменения в когнитивной и интеллектуальной сфере, происходит инволюция (частичная утрата, редукция) процесса восприятия, снижаются воспринимаемые ощущения и полученная информация, изменяются процессы мышления.

Симптомами психологического старения могут быть:

- изменения во внешности или одежде, проблемы с уходом за домом или двором;
- замешательство, дезориентация или другие проблемы с концентрацией внимания или принятием решений;
- снижение или повышение аппетита, изменения веса;
- подавленное настроение, длиющееся более двух недель;
- чувство никчемности, неуместной вины, беспомощности, мысли о самоубийстве;
- потеря памяти, особенно на недавние события или краткосрочные проблемы с памятью;
- физические проблемы неясной этиологии: боли, запоры и т.д.;
- социальная изоляция или потеря интереса к вещам, которые раньше доставляли удовольствие;
- необъяснимая усталость, потеря энергии или изменения сна.

Социальное старение ограничивается ролью пожилого человека, обусловленного культурой, и может измениться по мере изменения обычая. Социальное старение отражает не только то, как человек сам воспринимает процесс собственного старения, но и каким его видит общество. Иными словами, с одной стороны, с возрастом у человека возникают трудности с приспособлением к новой ситуации, происходят неблагоприятные изменения в когнитивной и интеллектуальной сфере, снижаются воспринимаемые ощущения и полученная информация, изменяются процессы мышления. Одна-

ко, с другой стороны, общество конструирует свое отношение к пожилым людям, ставя их в зависимое положение и предопределяя состояние полной или частичной социальной эксклюзии — исключения пожилых людей из направленной системы социальной деятельности по причине возраста.

Основными критериями социальной эксклюзии являются:

- разрушение социальных связей;
- уменьшение социального пространства;
- уменьшение социального капитала;
- возникновение проблемы доверия в отношениях с социумом;
- потеря активности.

Речь здесь идет о так называемых «геронтостереотипах» — стереотипах восприятия старости, особым образом конструирующих жизнь пожилого человека, вырабатывающих поведение и отношение неодобрения, неприязни, искажения контекста и масштабов происходящего и формирующих ошибочные, дискриминационные и поверхностные представления о возрастных особенностях.

В конструировании образа пожилого человека особое значение имеют особенности медицинского академического дискурса, сосредоточенного на описании «старческих» отклонений и болезней, не учитывающего позитивных сторон старения и приводящего к закреплению в общественном сознании ассоциативных рядов, построенных по принципу «старость = слабость, болезнь, беспомощность». Неслучайно при экспертной оценке личности пожилого человека медицинские работники чаще всего отмечают те признаки, которые формируют негативный психологический портрет: снижение самооценки, пессимизм, опасение одиночества и беспомощности, раздражительность, снижение интереса к новому, эгоцентричность, повышенное внимание к своим болезням. В связи с этим представители позднего возраста в фильмах, телепередачах, газетах и журналах нередко представляются жалкими, нищими, неопрятными, ослабленными физически и психически, зависимыми от своих родственников, соседей и знакомых.

Результатом становится появление и укоренение в обществе соответствующих мифов, связанных с феноменом старения:

1. Быть старым — значит быть больным.
2. Пожилые люди не обучаемы.
3. Что-либо менять в жизни старых людей не имеет смысла, так как уже слишком поздно и ничего не исправить.
4. Старение полностью детерминировано генетической предрасположенностью.
5. Ухудшение всех мыслительных функций неизбежно.
6. Пожилые не приносят пользы обществу.

При этом негативное отношение к старости могут формировать и такие устоявшиеся определения пожилого возраста, как «поздний возраст», «поздняя зрелость», «заслуженный отдых» или «этап завершения карьеры», что фактически предопределяет старость как предрешенность неминуемого конца. В результате пожилые люди действительно становятся такими, какими им навязывает быть общество, — беспомощными, зависимыми, ворчливыми, пассивными, чувствуя себя ненужными и самоизолируясь из общественной жизни и межличностной коммуникации. Активная старость воспринимается как исключение, а пассивная и болезненная — как норма.

1.1.3. ВОЗРАСТНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ: ПОНЯТИЕ, ПРИЧИНЫ, ОСОБЕННОСТИ. ЛЕГКИЕ, УМЕРЕННЫЕ, ТЯЖЕЛЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ. ДЕПРЕССИЯ. ДЕМЕНЦИЯ И БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА. СУБЪЕКТИВНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Когнитивные нарушения — это нарушения работы когнитивных функций центральной нервной системы. Традиционно природу когнитивных нарушений выводят из особенностей поражений левого или правого полушарий головного мозга:

<i>Поражения левого полушария головного мозга приводят к</i>	<i>Поражения правого полушария головного мозга приводят к</i>
<ul style="list-style-type: none"> - нарушению абстрактного и логического мышления, обобщений, аналитического мышления; - афазиям — расстройствам речи — и невозможности кодировать вербальную информацию; - угнетению произвольной психической деятельности; - нарушению оценки временной ориентации заданий; - нарушению интуиции 	<ul style="list-style-type: none"> - расстройству образного восприятия мира; - агнозиям — расстройствам способностей узнавать окружающие предметы при помощи чувственного восприятия (посредством зрения, обоняния, осязания, слуха, вкуса); - нарушениям ориентации в пространстве, восприятия целого; - расстройствам зрительной памяти; - затруднениям выполнения наглядно-пространственных заданий; - нарушению восприятия

Таким образом, *не существует* одной или единственной причины, порождающей когнитивные нарушения; здесь идет речь о воздействии целого ряда факторов, отражающих ту либо иную специфику нарушений функционирования головного мозга и когнитивных функций.

Хотя когнитивные нарушения могут быть врожденными, речь здесь пойдет о *возрастных нарушениях*, приобретенных по мере старения человеческого организма и развития процессов нарушений когнитивных функций. В современной литературе выделяют два подхода к классификации возрастных когнитивных нарушений.

Согласно первому подходу выделяют *органические* и *функциональные* когнитивные нарушения.

Органические нарушения являются стойкими и обусловлены патологическими изменениями вещества головного мозга вследствие недостаточности кровоснабжения, возрастной атрофии, злоупотребления алкоголя и др.

Функциональные нарушения развиваются при отсутствии непосредственного поражения вещества головного мозга и могут стать обратимыми

при устраниении вызвавшей их причины (психоэмоциональное переутомление, длительная депрессия, физические перегрузки и др.).

Более популярным и традиционным является второй подход, в рамках которого три степени тяжести возрастных когнитивных нарушений — легкие, средние (умеренные) и тяжелые.

1. *Легкие когнитивные нарушения* — характеризуются незначительным ухудшением когнитивных процессов, при котором можно вести обычную деятельность, работать, самостоятельно водить машину, делать покупки, готовить пищу, оплачивать счета, управлять финансами, выполнять домашние дела и другие подобные манипуляции, требующие наличия хорошо усвоенных навыков, но, как правило, *не предъявляющих* значительных требований к изучению новой информации.

Такие нарушения бывают при многих заболеваниях и не всегда обусловлены повреждениями нервных структур головного мозга. Например, депрессия часто *имитирует* когнитивные расстройства, провоцируя развитие «псевдодеменции», существенно снижая работоспособность и способность усваивать новую информацию, когда у человека пропадает желание общаться с людьми и следить за собой. Главное отличие псевдодеменции от истинной деменции заключается в том, что в этом случае поражение нервной системы имеет функциональный характер. Это означает, что нейроны головного мозга не погибают, а находятся в угнетенном состоянии. Своевременно же начатое лечение депрессии приводит к восстановлению когнитивных способностей. Потенциально обратимыми при соответствующем медикаментозном лечении также считаются легкие когнитивные нарушения, возникшие в результате опухоли головного мозга, при тяжелых формах сахарного диабета или соматических заболеваниях и др.

Однако сам факт снижения когнитивных способностей, тем не менее, никак не связан с процессами нормального старения и требует пристального внимания со стороны медицинских специалистов.

2. *Средние (или умеренные) когнитивные нарушения* — характеризуются существенными изменениями одной или нескольких когнитивных функций (внимание, память, речь, мышление) по сравнению с прежним уровнем, вызывающими субъективное беспокойство и подтверждаемыми объективными (нейропсихологическими) методами исследования, но не достигающими выраженности деменции. При умеренных когнитивных нарушениях человек может обеспечивать свои основные физиологические потребности, не испытывая серьезных проблем при общении с окружающими, в целом сохраняя самостоятельность и независимость в повседневной жизни, но при этом испытывая некоторые затруднения в сложных видах активности. В то же время повседневная деятельность может требовать от человека больших усилий, чем раньше, или применения специальных стратегий преодоления возникающих трудностей.

Выделяют два основных типа умеренных когнитивных нарушений:

- монофункциональный тип — страдает одна когнитивная функция (как правило, память);
- полифункциональный тип — страдает несколько когнитивных функций с нарушениями или без нарушений памяти.

В то же время без правильного лечения высок риск ухудшения состояния до тяжелой степени, так как умеренные когнитивные нарушения не связаны с другими расстройствами психики (например, с депрессией) и в большинстве случаев прогрессируют и со временем трансформируются в деменцию. Как показывают длительные наблюдения, риск развития деменции в течение пяти лет после установления диагноза составляет 55-70%, хотя у части больных может наблюдаться более длительное течение или даже обратное развитие симптоматики.

3. *Тяжелые когнитивные нарушения* — характеризуются выраженным расстройством познавательных процессов, ведущим к неспособности чело-

века вести обычную деятельность, работать и контролировать себя. Наиболее частым примером таких нарушений является **деменция**.

Деменцией называется приобретенное долговременное снижение когнитивных функций, вызванное повреждением нейронов головного мозга. В первую очередь чаще всего ухудшается память — «исчезают» сначала недавние воспоминания, а затем относящиеся к более ранним периодам жизни. Также появляются проблемы с целенаправленностью деятельности и восприятием окружающего мира. Затем присоединяются расстройства речи.

При деменции:

- наблюдаются затруднения в сфере мышления;
- страдают оценка ситуации, комбинаторика, критические функции;
- сужается круг интересов;
- снижается адаптация к жизненным условиям;
- наблюдаются психопатологические симптомы (бред, галлюцинации);
- растворяются инстинкты и влечения (обжорливость, гиперсексуальность).

Причины возникновения деменции очень различны. К ним относят:

- сосудистые поражения нервной системы (инфаркт и инсульт мозга);
- инфекции (ВИЧ, корь, краснуха, паротит, грипп);
- нейродегенеративные заболевания (болезнь Пика, Альцгеймера, Паркинсона и др.);
- онкологические заболевания;
- нарушения циркуляции спинномозговой жидкости;
- черепно-мозговые травмы;
- интоксикации токсинами, алкоголем, солями тяжелых металлов, наркотическими и другими психоактивными веществами.

Чаще всего деменции подвержены пожилые люди старше 65 лет, когда наблюдается **сенильная деменция** («старческий маразм»), а наиболее распро-

страненной причиной когнитивного снижения является **болезнь Альцгеймера** — на нее приходится 60-70% случаев. Начинаясь за 10-15 лет до развития объективной симптоматики с легкого, но клинически значимого снижения памяти, заболевание вызывает массовую гибель нейронов мозгового плаща, преимущественно коры височных, теменных и затылочных долей, а также структур гиппокампа. Болезнь Альцгеймера проявляется прогрессирующим снижением памяти, агнозией, афазией, а на более поздних стадиях нарушением исполнительных функций, утратой контроля за физиологическими от правлениями, поведенческими нарушениями. Дебют заболевания обычно приходится на возраст 60-70 лет.

Выделяют три стадии развития болезни Альцгеймера:

Стадии	Проявления
1. Инициальная (ранняя) стадия	Наблюдаются забывчивость, затруднение в определении времени, ухудшение социальной деятельности, нарушения ориентировки во времени и месте, эмоционально-личностные нарушения (эгоцентризм, бредовые расстройства)
	На инициальной стадии пожилые люди критически оценивают свое состояние и пытаются скорректировать нарастающую собственную несостоятельность
2. Стадия умеренной деменции	Нарастает амнезия; прогрессирует дезориентировка в месте и времени; грубо нарушаются функции интеллекта, а также его инструментальные функции (речь, оптико-пространственная деятельность). Интересы больных крайне ограничены, им нужна постоянная поддержка и уход
	На стадии умеренной деменции пожилые люди сохраняют основные личностные особенности, чувство собственной неполноценности и адекватное эмоциональное реагирование на болезнь

3. Стадия тяжелой деменции	<p>Происходит полный распад памяти и речи, наблюдаются лишь фрагментарные представления о собственной личности; больные нуждаются в постоянной помощи и надзоре (не в состоянии выполнять правила личной гигиены, не понимают, что им говорят, и сами не говорят)</p>
<p>На стадии тяжелой деменции у большинства полностью пропадают со-страдание и интерес к близким, часты проявления агрессии</p>	

В целом распространенность когнитивных нарушений у представителей старших возрастных групп высока и увеличивается с возрастом. Так, частота тяжелых когнитивных нарушений в возрасте 65-69 лет составляет около 1,5%, в возрасте 70-74 лет — 3,5%, в возрасте 75-80 лет — 6,3%. В исследованиях распространенности когнитивных нарушений, проведенных в ряде регионов США и Европы, отмечено, что 1-2% лиц 70-79 лет и 3-4,5% лиц 80-89 лет прогрессируют до деменции каждый год. Частота легких и умеренных когнитивных расстройств обнаруживается у 11-17% пожилых людей.

Столь высокие показатели распространенности когнитивных нарушений подчас служат основанием для формирования популярной обывательской точки зрения о том, что такие нарушения закономерно вызваны естественным старением пожилого человека. Эта точка зрения, конечно, неверна и во многом является отражением влияния геронтостереотипов, акцентирующих внимание на негативных изменениях личности в старости, в первую очередь, в контексте симптоматики тех либо иных заболеваний центральной нервной системы. Отсюда возникают укоренившиеся штампы о «старческом маразме» или «старческом слабоумии», напрямую связывающие понятия возраста и склонности к заболеваниям. Когнитивные нарушения, возникая как результат прогрессирующих заболеваний, являются не следствием возраста, а симптомом накопления дефекта и декомпенсации (утраты) познавательных функций.

Итак, три степени тяжести возрастных когнитивных нарушений:

Нарушения	Легкие	Умеренные	Тяжелые
Когнитивные функции	Наблюдаются незначительные отклонения от возрастной нормы, не имеющие выраженного влияния на качество жизни	Наблюдается существенное снижение по сравнению с нормой, снижающее качество жизни, но человек все еще способен сохранять бытовую самостоятельность	Происходит распад когнитивных функций, приводящий к утрате бытовой самостоятельности, нарушению навыков самообслуживания; человек нуждается в присмотре и специализированном уходе
Отражаются	В жалобах больного и наблюдении окружающих, но также могут считаться чем-то преходящим, несущественным, не вызывающим должной настороженности	В жалобах больного и хорошо заметны окружающим	В постепенно нарастающей или полной утрате самостоятельности
Затруднения	Отсутствуют или являются незначительными как в повседневной жизни, так и в интеллектуальной деятельности; легко компенсируются	Возникают затруднения в повседневной жизни, являются значительным препятствием в сложносоставной или интеллектуальной деятельности	Возникает необходимость в постоянной посторонней помощи

В то же время в последние годы возрастает внимание неврологов, психиатров, медицинских (клинических) психологов и представителей других нейронаук к еще более ранней стадии когнитивной недостаточности — так

называемым *субъективным когнитивным нарушением* («субъективным нарушением памяти» или «жалобам когнитивного характера»).

Формулировка «субъективные когнитивные нарушения» в настоящее время широко используется и в научной литературе, и в повседневной клинической практике в качестве самостоятельного диагноза, который ставится, когда при имеющихся жалобах когнитивного характера результаты объективных тестов остаются в пределах возрастной нормы. Например, пожилой человек может высказывать жалобы на повышенную забывчивость, снижение концентрации внимания, повышенную утомляемость при умственной работе, иногда — на трудности подбора нужного слова в разговоре. Такие жалобы представляют собой весьма актуальную для пожилого человека проблему, которая может послужить самостоятельным или главным поводом для обращения к врачу, но стандартная клиническая диагностика каких-либо существенных отклонений от принятых нормативов не выявляет.

При субъективных когнитивных расстройствах полностью сохраняется независимость в повседневной жизни. Когнитивные трудности также незаметны со стороны, родственники, сослуживцы и другие лица всегда оценивают когнитивные способности пожилого человека как вполне сохранные.

В настоящее время известны следующие диагностические критерии синдрома субъективных когнитивных нарушений, разработанные в 2014 г. на основе анализа 19 исследований, проведенных в 8 странах мира и включающих в себя 640 пунктов самооценки когнитивных способностей:

- наличие жалоб на стойкое ухудшение по сравнению с прошлым умственной работоспособности, возникшее без видимой причины;
- отсутствие каких-либо отклонений от возрастной нормы по данным когнитивных тестов, используемых для диагностики болезни Альцгеймера и других дементирующих заболеваний;

- отсутствие связи когнитивных жалоб с каким-либо установленным диагнозом неврологического, психиатрического заболевания или интоксикацией.

По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний США, распространенность субъективных когнитивных нарушений в возрасте 45-64 лет составляет 10,8%, в возрасте 65 лет и старше — 11,7%. При этом лишь 48,8% и 39,8% соответственно по возрастным группам обсуждали свои проблемы с медицинскими работниками.

Диагноз «субъективные когнитивные нарушения» зачастую получают пожилые люди с высоким преморбидным (предшествующим) интеллектуальным уровнем, когда сниженные, с их точки зрения, когнитивные функции формально находятся в пределах среднестатистического норматива. Тем самым, когнитивное снижение может длительное время оставаться формально неподтвержденным — *субъективным*.

Жалобы когнитивного характера могут быть обусловлены тревожно-депрессивными расстройствами. Пожилых людей с высоким уровнем тревоги может чрезмерно беспокоить незначительная ситуационно обусловленная забывчивость («не помню, зачем пришел в комнату», «не помню, что куда положил», «не узнал знакомого человека или не вспомнил его фамилию» и др.). Появление таких жалоб может стать и следствием воздействия близких, применяющих при общении с пожилым человеком модель взаимодействия, использующую способы коммуникации, характерные для общения с детьми (так называемая модель «инфантализации старости»).

Основными проявлениями инфантилизации старости могут быть:

- упрощение словаря;
- медленный темп беседы при большом количестве повторов и уточняющих вопросов;
- преувеличенные интонации, сопровождающиеся повышением тона голоса;

- покровительственные интонации;
- возрастная тематизация коммуникации;
- использование «домашних имен» во внесемейной коммуникации;
- «инфантализирующие» подарки (например, мобильный телефон с большими кнопками без выхода в Интернет и социальные сети и пр.).

При этом стереотипное представление о частичной или полной утрате в старости «взрослых компетентностей» становится оправданием практик инфантилизации, придавая данной модели взаимодействия статус «естественней» и представляя проявления инфантилизации как способ оказания психологической поддержки пожилым людям.

И все же жалобы когнитивного характера не должны оставаться вне поля зрения специалистов: известно, что на самых начальных стадиях развития когнитивных расстройств клиническая симптоматика может отсутствовать, что объясняется так называемым «церебральным резервом» — компенсаторными возможностями головного мозга. Наличие таких возможностей будет приводить к ложноотрицательному результату тестирования. В то же время в повседневной жизни человек может испытывать затруднения, когда церебральный резерв истощается и не может преодолеть возникающие трудности, например, в состоянии утомления или эмоционального стресса.

Международные исследования свидетельствуют, что риск развития дементирующих заболеваний среди пожилых людей с субъективными когнитивными нарушениями достоверно выше, чем в среднем в популяции. Поэтому даже изолированные жалобы, не подтвержденные когнитивными тестами, не должны оставаться без внимания врачей. Они не могут служить основанием для какого-либо определенного клинического диагноза, однако их наличие является показанием для активной профилактики, в первую очередь — немедикаментозной (умственная и физическая активность, оптимизация питания и образа жизни и др.).

Итак, *субъективные когнитивные нарушения* — это жалобы пожилого человека на снижение когнитивных функций, не связанные с диагнозом неврологического, психиатрического заболевания или интоксикацией; отсутствие каких-либо отклонений от возрастной нормы по данным когнитивных тестов, используемых для диагностики нарушений.

1.1.4. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ: МЕДИЦИНСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Несмотря на то, что возраст являет собою наиболее значимый из известных факторов угасания когнитивных функций, провоцируемого процессами биологического старения человеческого организма, когнитивные нарушения (и в первую очередь — деменция) не являются естественными или неизбежными следствиями пожилого возраста, а становятся результатами воздействия на человека совокупности факторов медицинского и немедицинского характера.

Следует заметить, что в целом наличие хронических заболеваний (двух или более) провоцирует снижение когнитивных функций, свыше двух третей пожилых людей в возрасте 65 лет и старше страдают хроническими заболеваниями. Более того, с возрастом лечение этих состояний становится все более сложным, что может привести к увеличению потребности в помощнике. Однако целый ряд заболеваний обуславливает повышенный риск развития когнитивных нарушений и расстройств, в том числе деменции: к их числу относятся гипертензия, сахарный диабет 2-го типа (инсулиннезависимый диабет), ожирение и депрессия.

Так, *артериальная гипертензия* может привести к развитию атеросклеротической (дисциркуляторной) энцефалопатии, способствуя возникновению хронической гипоксии (кислородной недостаточности) мозгового

кровообращения, вызывая постепенное отмирание нейронов в различных участках мозга в связи с нарушениями в их кровоснабжении и такие последствия, как головная боль, головокружение, шум в ушах, быстрая утомляемость, снижение когнитивных способностей.

Наиболее тяжелым последствием энцефалопатии является *инфаркт* — острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся внезапным (в течение нескольких минут или часов) появлением очаговой или общемозговой неврологической симптоматики, способной привести к смерти больного при отсутствии оказания своевременной неотложной медицинской помощи. Инсульт занимает второе место в структуре смертности от болезней системы кровообращения после ишемической болезни сердца.

Следует заметить, что в России заболеваемость инсультом является одной из самых высоких в мире — ежегодно регистрируется более 400 тыс. случаев. Почти у трети перенесших ишемический инсульт в период до 5 лет после него развивается повторный инсульт; почти втрое повышается риск инфаркта миокарда и развития нестабильной стенокардии. В целом, около 75% людей после перенесенного инсульта нуждаются в постоянной медицинской и социальной помощи и поддержке, ориентированной на достижение максимально уровня функциональной независимости в повседневной жизни — способностей к ходьбе, самообслуживанию и коммуникации с другими людьми.

Считается, что у людей, перенесших инсульт, риск развития деменции по сравнению с подобным риском у людей аналогичного возраста повышается вдвое. Когнитивные нарушения же различной степени тяжести — от легких до выраженных, тяжелых расстройств, возникших в течение года после перенесенного инсульта, — выявляются почти у 70%. Наконец, при отсутствии соответствующей постинсультной реабилитации риск развития деменции в первые 5 лет после инсульта возрастает в 4 раза. Инсульт также

способствует проявлению до того скрыто протекавшей болезни Альцгеймера или ее обострению, если болезнь до того протекала с относительно легкими симптомами.

При этом возникновение когнитивных нарушений сугубо индивидуально: оно от возраста, обширности очага поражения и того, какие именно зоны головного мозга при этом пострадали, от состояния когнитивных функций до перенесённого инсульта, наличия сопутствующих заболеваний (артериальной гипертензии, сахарного диабета и др.), от уровня образования человека и других факторов.

Не меньшую опасность после перенесенного инсульта таит в себе риск возникновения *постинсультной депрессии*, оказывающей негативное влияние на процесс реабилитации, качество жизни, речевые проблемы, соматическое здоровье и способствующей манифестации сопутствующих психических заболеваний, в первую очередь — тревожных расстройств. Постинсультная депрессия существенно ухудшает прогноз выживаемости: смертность в течение 10 лет после инсульта в среднем в 3,5 раза выше, чем при отсутствии симптомов депрессии. По статистике, постинсультной депрессии подвержен каждый третий больной, перенесший инсульт.

Инсулиннезависимый диабет также рассматривается в качестве важнейшей нозологической причины когнитивного снижения в пожилом возрасте, которое, в свою очередь, негативно влияет на течение заболевания и его осложнений, значительно затрудняя обучение больных приемам и методам самоконтроля, следование рекомендациям врача. По данным исследований, проведенных в США в 1980-1990-е гг., распространенность когнитивных нарушений при сахарном диабете 2-го типа составляет 20% у мужчин и 18% у женщин 60 лет и старше. Чаще всего патогенетической основой когнитивного нарушения является сосудистая мозговая недостаточность, хроническая ишемия мозга или нейродегенеративный процесс, а нередко их

сочетание. Инсулиннезависимый диабет является важным фактором риска как сосудистой патологии головного мозга, так и, по некоторым данным, болезни Альцгеймера.

Более сложной является связь возникновения когнитивных нарушений и *ожирения*. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире свыше 600 млн чел. страдают от ожирения, а в России, по некоторым оценкам, избыточную массу тела имеет до 50% всего населения. Само по себе ожирение является важным фактором патологического развития сосудов головного мозга и, как следствие, нарушений мозгового кровообращения, проявляющихся когнитивными нарушениями. С другой стороны, ожирение приводит к аномальному повышению уровня липидов и/или липопротеинов в крови человека и нарушению их обмена. Согласно данным медицинских исследований, ожирение может считаться одним из потенциальных факторов риска, провоцирующих худшее выполнение нейропсихологических тестов на когнитивные функции (в первую очередь — на снижение памяти), что позволяет предположить, что потеря веса может частично восстановить когнитивный дефицит.

К медицинским факторам, провоцирующим возникновение когнитивных расстройств, современные исследователи относят также *депрессию* — состояние, при котором происходят специфические нарушения анализа и синтеза информации, вследствие чего наблюдается угнетенное, подавленное, тоскливо-тревожное, боязливое или безразличное настроение, а также снижение или утрата способности получать удовольствие. Симптомами депрессии могут быть сниженная самооценка, неадекватное чувство вины, пессимизм, нарушение концентрации внимания, усталость, расстройства сна и аппетита и др. В результате нарушаются способности к сбалансированной оценке реальности и возникает ключевой для депрессии механизм *руминации* — склонности постоянно возвращаться к негативным мыслям,

представлениям и образам. Когнитивные нарушения при депрессии приводят к общему снижению эффективности деятельности, замедлению ассоциативного процесса и нарастанию инерционности оценок.

В пожилом возрасте наибольшую опасность представляет так называемая **«депрессивная триада»**, представляющая собой сочетание снижения настроения, заторможенности мышления и двигательной заторможенности, что может усугубляться имеющимися соматическими заболеваниями. В жалобах больных доминируют общая подавленность, мрачные размышления, чувство тревоги, физический упадок, расстройства сна, вегетативные нарушения в виде диффузных патологических ощущений или мучительных расстройств функций отдельных органов. Отмечаются малая выразительность мимики, отсутствие живости, облик, отражающий бессилие и усталость, монотонно-приглушенный голос и тревожное беспокойство. В результате у человека формируется негативная, пессимистическая оценка самого себя, своего будущего и часто прошлого, сопровождающаяся искажением мыслительных процессов и утратой смысла жизни.

К **«немедицинским»** (потенциально изменяемым) факторам возникновения когнитивных нарушений в пожилом возрасте следует отнести влияние образа жизни и психологические факторы.

В современных исследованиях выявляется зависимость между угасанием когнитивных функций и развитием деменции с факторами риска, связанными с образом жизни, такими как отсутствие физической активности, употребление табака, нездоровый режим питания и вредное для здоровья употребление алкоголя.

Следует заметить, что понятие **«физическая активность»**, согласно определению ВОЗ (2002), включает в себя любые движения тела, производимые скелетными мышцами и требующие расхода энергии. Не стоит думать, что это понятие подразумевает под собой исключительно нагрузки,

связанные с развитием мускулатуры, беговыми упражнениями, аэробикой, быстрой езда на велосипеде и т.п. Физическая активность включает в себя те занятия, которые, как правило, не требуют высокого перенапряжения: к ним относятся танцы, работы по дому и хозяйству, активные игры и занятия с детьми, прогулки с домашними животными, быстрая ходьба и др.

Физическая активность влияет не только на состояние костно-мышечной системы, но и на когнитивные способности. Систематические физические нагрузки снижают риск развития артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, инсульта, злокачественных новообразований и сахарного диабета 2-го типа — состояний, характеризующихся высоким уровнем смертности и чреватых когнитивными нарушениями.

Курение табака согласно существующим гипотезам может приводить к развитию деменции посредством нескольких механизмов. С одной стороны, курение является фактором риска инсульта, ускоряя развитие атеросклероза и вызывая недостаточное снабжение клеток головного мозга кислородом и сужение кровеносных сосудов сердца и головного мозга. Курение может вызывать оксидативный стресс (повреждение и гибель нервных клеток в результате окисления), являющийся причиной или важной составляющей многих серьезных заболеваний, таких как атеросклероз, гипертензия, болезнь Альцгеймера, а также провоцирующий развитие синдрома хронической усталости и ускоряющий процессы биологического старения человеческого организма.

Большую роль в профилактике развития когнитивных расстройств также играет режим *здорового (рационального) питания*: известно, что соблюдение диеты средиземноморского типа связано с более медленным снижением когнитивных функций и снижением риска развития болезни Альцгеймера у пожилых людей. Фрукты и овощи являются важными компонентами средиземноморской диеты. Они содержат большое количество антиоксидан-

тов, витаминов и фолата. Эти вещества ученые связывают с поддержанием функции головного мозга. Употребление достаточного количества фруктов и овощей повышает гибкость познавательных способностей, улучшает память, скорость восприятия, внимание, скорость обработки информации. Овощи, прошедшие тепловую обработку, легче перевариваются, их пищевые качества выше из-за размягчения матрикса и повышенной экстрагируемости соединений, которые могут быть частично превращены в активные виды антиоксидантов, замедляющих процессы старения.

Осложнения со стороны нервной системы, связанные с неумеренным употреблением *алкоголя*, известны на протяжении столетий. Этанол поражает практически все отделы нервной системы и мышц, провоцируя развитие патогенетических механизмов, обусловливающих его токсическое действие. Характерной особенностью алкоголизма является прогрессирующее нарушение интеллектуальных функций, когнитивные нарушения у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, выявляются в 50-70% случаев, а в 10% случаев они носят выраженный характер, достигающий степени деменции.

Имеется несколько патогенетических механизмов, способных вызывать когнитивные нарушения у больных алкоголизмом. Причиной возникновения когнитивных нарушений, помимо токсического действия алкоголя и энцефалопатии, могут быть другие расстройства, в том числе сопутствующие алкоголизму болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция. Не все виды алкогольных напитков связаны с риском развития деменции и болезни Альцгеймера: некоторые авторы полагают, что употребление пива увеличивает этот риск, а употребление красного вина, напротив, его снижает. К последнему заявлению следует относиться крайне осторожно, такие данные свидетельствуют лишь о возможном защитном действии флавоноидов, содержащихся в красном вине, на возникновение рисков кислородной недостаточности мозгового кровообращения.

Алкогольная деменция характеризуется доминированием нарушений исполнительных функций, обусловленных поражением передних отделов головного мозга. Среди клинических особенностей этого состояния следует назвать зрительно-пространственные расстройства (иллюзии, галлюцинации), нарушение памяти на события собственной жизни. Часто когнитивные расстройства сочетаются с эмоционально-личностными нарушениями, почти у 80% больных алкоголизмом имеется депрессия различной степени выраженности.

Значимую роль в развитии когнитивных нарушений в пожилом возрасте играют также *психологические факторы*, и в первую очередь к ним относятся *стрессы*, провоцирующие развитие ряда серьезных заболеваний, в том числе неврологических нарушений, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, граничных психических расстройств. Проявлениями стрессовых ситуаций становятся приступы тревоги, беспокойства, паники, протекающие в виде эмоциональных взрывов. К симптомам стрессов можно отнести мышечное напряжение, усталость, нетерпеливость, расстройства сна, трудности с концентрацией внимания, упадок настроения, гнев, нарушение памяти, повышенная утомляемость и т.д. Влияние стрессовых ситуаций на здоровье человека может быть и опосредованным — посредством негативных и/или деструктивных изменений в его поведении (курении, употреблении алкоголя и психоактивных веществ).

Наличие потенциально поддающихся изменению факторов риска означает, что профилактика когнитивных нарушений в пожилом возрасте возможна через осуществление ключевых вмешательств, которые отсрочивают или замедляют темпы угасания когнитивных функций или развития деменции. В мае 2017 г. 70-я сессия Всемирной организации здравоохранения одобрила Глобальный план действий сектора общественного здравоохранения по реагированию на деменцию на 2017-2025 гг. План охватывает 7 основ-

ных областей для стратегических мер, при этом снижение риска деменции является одной из таких областей. В Плане действий содержится призыв укреплять, передавать и распространять доказательную базу в поддержку программных мероприятий по сокращению потенциально изменяемых факторов риска в отношении возникновения деменции, что означает создание базы данных о распространенности этих факторов риска и последствиях их сокращения, а также содействие разработке и осуществлению мероприятий по сокращению риска деменции.

1.2. ДИАГНОСТИКА И САМОДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Человек никогда не стар настолько, чтобы не учиться
Томас Мидлтон

1.2.1. Понятие «когнитивного старения». Основные отличия естественных возрастных изменений от заболевания.

1.2.2. Методы самодиагностики когнитивных нарушений: норма и патология. Приемы самодиагностики и самооценки.

1.2.3. Особенности диагностики когнитивных нарушений: медицинский аспект. Основы лечения когнитивных расстройств.

1.2.4. Особенности диагностики когнитивных нарушений: психологический аспект.

1.2.1. ПОНЯТИЕ «КОГНИТИВНОГО СТАРЕНИЯ». ОСНОВНЫЕ ОТЛИЧИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Развитие общественного здравоохранения, сопровождаемое, в частности, повышением качества диагностики и своевременности профилактики и лечения заболеваний, привело к увеличению продолжительности жизни и

значительному приросту численности пожилых людей во всем мире, в том числе и в России. Так, к 2018 г. доля лиц старше трудоспособного возраста в нашей стране достигла 25,4% от всего населения, а к 2050 г., по примерным оценкам, эта доля повысится до 31,2%. Указанные процессы неизбежно сопровождаются ростом распространенности хронических возраст-зависимых заболеваний и прежде всего неуклонным развитием когнитивных нарушений. Считается, что к 2050 г. число людей, живущих с деменцией, во всем мире может увеличиться втрое (с 47 млн до 132 млн чел.).

При этом важно иметь в виду то обстоятельство, что нередко когнитивные нарушения в пожилом возрасте диагностируются с существенным запозданием — тогда, когда они уже достигли стадии деменции и изменить ситуацию к лучшему или затормозить когнитивное угасание невозможно. В связи с этим актуальность в последние годы обрел превентивный подход к проблеме деменции, предполагающий комплексный анализ причин и факторов, предопределяющих трансформацию ранних додементных (легких или умеренных) когнитивных нарушений в деменцию. Такой подход требует изучения закономерностей старения мозга и выявления детерминирующих процессов когнитивного старения.

Когнитивное старение — сравнительно новое понятие проводимых в последние годы исследований, связанных с изучением закономерностей взаимодействия и взаимообусловленности процессов биологического старения человеческого организма и влияния на них социальных и психологических факторов (таких как одиночество, потеря независимости, хронические стрессы и перегрузка, злоупотребление алкоголем, курение, недостаток физической нагрузки, нездоровое, нерациональное питание и др.).

В целом, снижение когнитивных функций с возрастом — это *нормальное* следствие изменений мозга. Некоторые когнитивные способности, такие как словарный запас, устойчивы к старению мозга и могут даже улучшаться

с возрастом, но другие функции, такие как концептуализация, память и скорость обработки информации, постепенно снижаются, хотя индивидуальная скорость снижения таких способностей среди пожилых людей может в значительной степени варьироваться.

В рамках теории когнитивного старения большую популярность получила концепция кристаллизованного и текущего интеллекта.

Кристаллизованный интеллект относится к навыкам, способностям и знаниям, которые приобретаются и используются человеком на протяжении всей его жизни. Например, словарный запас и общая осведомленность об окружающем мире остаются относительно стабильными или могут даже улучшиться на шестом и седьмом десятилетии жизни. Поскольку кристаллизованный интеллект обусловлен накоплением информации, основанной на жизненном опыте, пожилые люди, как правило, лучше выполняют задачи, требующие этого типа интеллектуальных способностей, по сравнению с молодыми людьми.

Текущий интеллект относится к способностям, включающим возможности решения проблем и рассуждения о вещах, которые менее знакомы и не зависят от уровня информированности. Этот тип интеллекта предполагает использование врожденной способности человека обрабатывать и осваивать новую информацию, решать проблемы и манипулировать фактами. К основным формам текущего интеллекта, в частности, относятся исполнительные функции, скорость обработки, память и психомоторные способности. Многие текущие когнитивные способности достигают пика на третьем десятилетии жизни, а затем снижаются в последующие годы. При этом темпы снижения отдельных когнитивных функций (скорость обработки, внимание, память, речь, зрительные способности и пространственная ориентация, исполнительные функции, суждения) чрезвычайно различны.

Однако деменция *не является* частью нормального старения. При *патологическом старении* организм человека не может быстро адаптироваться к окружающей среде и обстановке. Замедляются все процессы, в том числе мышление, способность воспринимать информацию, снижается быстрота принятия решения, меняется эмоциональная сфера. Запустить процесс патологического старения может много причин, причем как каждая по отдельности, так и в совокупности. К примеру, если человек в течение длительного промежутка времени пребывает в состоянии постоянного стресса, то в силу возрастных изменений у него не «срабатывает» механизм адаптации. Как результат — перегрузка, сильное нервное перенапряжение и, в итоге, развитие заболеваний.

Алкоголь и курение приводят к развитию многих заболеваний, которые запускают процессы патологического старения.

Деменция — это термин, обозначающий группу симптомов, вызванных расстройствами, которые настолько сильно влияют на способность мыслить, что ухудшают способность выполнять обычные повседневные действия, такие как прием пищи или одевание. Потеря памяти — частый симптом слабоумия, но потеря памяти сама по себе не означает, что у кого-то есть деменция. Люди с деменцией имеют все более серьезные проблемы с такими функциями, как память и язык, или они могут потерять способность решать проблемы. Деменция также может вызывать изменения личности или трудности с контролем эмоций. Тяжелая деменция также может привести к бреду или галлюцинациям.

Чтобы понять основные отличия естественных возрастных изменений от заболевания, следует обратиться к анализу основных закономерностей когнитивного старения.

Так, *скорость обработки информации* отражает темпы выполнения познавательных действий, а также двигательных реакций. Эти способности

начинают снижаться на третьем десятилетии жизни, а в дальнейшем этот процесс неуклонно прогрессирует. Многие изменения когнитивных функций, наблюдаемые у пожилых лиц, являются результатом замедления скорости обработки информации.

Внимание относится к способности сосредоточиться на конкретных стимулах. Простая слуховая концентрация внимания («непосредственная память»), оцениваемая повторением последовательности цифр, показывает лишь незначительное снижение в пожилом возрасте. Куда более заметное влияние возраста наблюдается при выполнении более сложных задач на избирательное (селективное) или разделенное внимание. *Избирательное внимание* — это способность сосредоточиться на конкретной информации в окружающей среде, игнорируя при этом информацию несущественную. Такое внимание важно для решения таких задач, как разговор в шумной обстановке или вождение автомобиля. *Разделенное внимание* — это способность сосредоточиться на нескольких задачах одновременно, например, разговор по телефону во время приготовления пищи. Пожилые люди, как правило, хуже, чем молодые, выполняют задачи, связанные со способностями мгновенно удерживать информацию в памяти, одновременно манипулируя ею.

Память — одна из самых значимых когнитивных функций, и жалобы на ее нарушения являются самыми распространенными среди пожилых людей. Возрастные изменения памяти могут быть связаны с замедленной скоростью обработки информации, снижением способности игнорировать несущественную информацию или использовать компенсаторные стратегии для улучшения обучаемости и воспроизведения. При этом различные составляющие памяти в процессе старения подвергаются различным типам изменений.

При анализе процессов когнитивного старения выделяют два типа памяти — декларативную и недекларативную память.

Декларативная память — это сознательное вспоминание фактов и событий. Она включает в себя семантическую и эпизодическую память. Семантическая память отражает объем информации, использование языка и практические знания (например, запоминание значения слов). Эпизодическая (или автобиографическая) память — это память о лично пережитых событиях в связи с определенным местом и временем. Остроту эпизодической памяти можно оценить на основании запоминания рассказов, списков слов или цифр. В то время как снижение в семантической и эпизодической памяти происходит закономерно при нормальном старении, темпы этого снижения отличаются. Эпизодическая память постепенно снижается на протяжении всей жизни, в то время как семантическая память демонстрирует очевидное снижение в позднем возрасте.

Недекларативная (или неявная) память, связанная с запоминанием и воспроизведением когнитивных навыков, остается в основном неизменной на протяжении всей жизни, однако способность к извлечению недавно полученной информации с возрастом заметно снижается. Эти особенности изменений памяти в процессе старения представлены в таблице.

Влияние старения на разные типы памяти

<i>Сохранность при старении</i>	<i>Снижение при старении</i>
Память распознавания: способность извлекать информацию	
Пожилой человек способен рассказать историю в подробностях, когда задаются вопросы, предусматривающие ответы «да/нет»	Пожилой человек испытывает серьезные затруднения при самопрозвольном извлечении информации без посторонних подсказок
Память временного порядка: запоминание времени и/или последовательности событий	
Пожилой человек помнит, что в прошлое воскресенье пошел на прогулку в парк после того, как сходил в магазин за покупками	Пожилой человек испытывает затруднения с определением времени и содержания недавних событий в его жизни

Процедурная память (как делать) и перспективная память (когда и что делать)	
Пожилой человек помнит, как заявлять галстук или ездить на велосипеде, когда принимать лекарства и пр.	Пожилой человек затрудняется с выполнением простейших навыков самообслуживания без посторонней помощи или подсказки

Речь является одной из наиболее сложных когнитивных функций, и общие речевые способности остаются неизменными при старении. Более того, словарный запас может улучшаться с течением времени. Однако это *не касается* способности визуального сличения и наименования объектов, эта функция остается стабильной примерно до 70-ти лет, а затем снижается в последующие годы. То же касается владения устной речью, т.е. способности выполнять поиск слов и генерировать их в определенный промежуток времени, что заметно ухудшается с возрастом.

Зрительные способности и конструирование предполагают возможности восприятия пространства в двух и трех измерениях. Навыки визуального конструирования, которые включают в себя способность соединять отдельные детали в единое целое, со временем снижаются. Однако в целом визуально-пространственные способности, т.е. восприятие и способность распознавать знакомые объекты, оценивать физическое расположение объектов остаются длительно неизменными.

Исполнительные функции, которые позволяют человеку осуществлять успешную, независимую, целенаправленную деятельность оптимальным для него образом, включают в себя широкий спектр когнитивных функций, таких как способность самоконтроля, планирования, организации действий, рассуждения, а также умственной гибкости и решения проблем. Исследования показывают, что абстракция и гибкость ума снижаются с возрастом, особенно после 70-ти лет, поскольку пожилые люди склонны мыслить бо-

лее конкретно, чем молодые. При этом особенно подвержены возрастным воздействиям способности, требующие ускоренного двигательного компонента, рассуждения, использующие незнакомый материал. Другие же типы исполнительных функций (способность оценивать сходства, описывать значение пословиц и рассуждать о знакомых фактах) остаются при нормальном старении стабильными на протяжении всей жизни.

Итак, когнитивное старение может протекать в двух основных формах — в форме нормального и в форме патологического старения, что находит свои проявления в изменениях когнитивных способностей:

Способности	Возможные изменения:	
	при нормальном старении*	при патологическом старении
Пожилой человек		
Кратковременная память и усвоение новой информации	иногда забывает имена людей или встречи, но вспоминает их позже	забыл имена близких друзей или членов семьи, а также события недавних дней
	иногда забывает что-то важное, но позднее вспоминает об этом	постоянно переспрашивает одно и то же, но забывает об этом
	время от времени кладет вещи неправильно (мобильный телефон, очки или пульт от телевизора), но затем повторяет шаги, чтобы их отыскать	постоянно забывает, где оставил те либо иные вещи, или оставляет их в необычных местах (например, ключи от дома оказываются в шкафчике в ванной)

Планирование, решение проблем и принятие решений	Пожилой человек	
	немного медленнее реагирует или дольше обдумывает свои решения	путается и испытывает неуверенность при планировании или обдумывании решений
	затрудняется выполнять несколько задач, особенно когда отвлекается по мелочам	утрачивает способность сконцентрировать свое внимание на проблеме
	время от времени принимает неверные, необдуманные решения	постоянно ошибается при работе с деньгами или при оценке рисков
Речевые функции	Пожилой человек	
	иногда испытывает затруднения, подбирая нужное слово для описания конкретной вещи	не может подобрать нужное слово или часто обращается к предмету, называя его как «вот это»
	больше сосредоточивается, чтобы не отставать от разговора	испытывает явные проблемы с поддержанием диалога с собеседником
Ориентация в пространстве и времени	Пожилой человек	
	иногда теряет нить беседы, если его отвлекают или говорят сразу много людей	регулярно теряет нить беседы, не понимая содержания того, что и кто с ним говорит
	не понимает день или неделю, но вспоминает это позднее	постоянно забывает дату, время года и течение времени
	может забыть, зачем куда-то пошел, но вскоре вспомнить	может заблудиться или не знать, где находится, в знакомом месте

	Пожилой человек	
Навыки зри- тельного вос- приятия	может испытывать изме- нения зрения, связанные с катарактой или другими за- болеваниями зрительного спектра	испытывает проблемы с интерпретацией визуаль- ной информации (напри- мер, не может определить расстояние до лестницы)
	Пожилой человек	
Настроение и поведение	иногда устает от работы, семьи и социальных обяза- тельств	отстраняется и утрачивает интерес к работе, обще- нию или хобби
	иногда чувствует себя не- много подавленным или тревожным	постоянно испытывает грусть, тревогу, страх или неуверенность
	изобретает для себя опре- деленные способы поведе- ния и становится раздра- жительным, когда рутина нарушается	легко раздражается или расстраивается при обще- нии с близкими, коллега- ми, друзьями или в удоб- ных или знакомых местах

**Следует учитывать, что понятие «нормального старения» относительно, так как соответствует среднестатистической возрастной норме, но не учитывает субъек-
тивных ощущений когнитивного снижения, возникающих при сопоставлении с прежним
уровнем индивидуальных способностей.*

Любые когнитивные нарушения оказывают существенное влияние на повседневное функционирование пожилых людей, однако деменция не только резко меняет жизнь их самих, но и несет тяжелое бремя для семей, друзей, опекунов, системы здравоохранения и социального обслуживания в целом. Когнитивные нарушения разного уровня и деменция многофакторны по своей природе. Их выявляемость и скорость прогрессирования определяются множеством факторов, как биологических, так и социальных и психо-
логических, понимание которых дает возможность оптимизировать коррек-
цию когнитивных расстройств и снизить скорость когнитивного угасания у лиц пожилого возраста.

1.2.2. МЕТОДЫ САМОДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ: НОРМА И ПАТОЛОГИЯ. ПРИЕМЫ САМОДИАГНОСТИКИ И САМООЦЕНКИ

Все пожилые люди рано или поздно попадают в группу риска. У них часто снижено настроение, развиваются депрессивные состояния, нет удовлетворенности, уверенности в завтрашнем дне. Добавляется изолированность, чувство одиночества, особенно после выхода на пенсию. Деятельность в течение дня становится менее продуктивной.

Когнитивный дефицит является одной из важных проблем современной медицины. С каждым годом, число граждан пожилого и старческого возраста, нуждающихся в помощи психиатра, неуклонно растет, что подтверждает особую актуальность проблем здоровья пожилых людей в настоящее время. Среди всех нозологий, количество пожилых людей с когнитивным дефицитом очень велико.

Если говорить о возрастной динамике, то понятно, что люди всегда разные. Каждый год они отличаются от того, какими были прежде. Есть, так называемое, здоровое старение, а есть расстройства и болезни.

При здоровом старении у человека нет грубых нарушения памяти, и он не делает каких-то нелепостей. Когда эти нарушения появляются, это говорит о том, что начинает развиваться старческий или иной вид слабоумия. К сожалению, данные когнитивные нарушения бывают не только в старческом возрасте. Сегодня расстройства интеллектуального спектра могут начинаться уже после 40 лет.

Первыми симптомами, на которые нужно обращать внимание, являются головные боли, головокружения, тошнота. При их появлении необходимо обращаться к неврологам. В этом случае еще нет нарушений памяти, внимания, когнитивных функций, но человек чувствует тяжесть в голове, быстро устает, плохо соображает в конце рабочего дня, активно реагирует на изменения погоды. Это говорит о недостаточном кровоснабжении мозга.

К нарушению питания нервной ткани могут также привести анорексия, неграмотное вегетарианство, сахарный диабет, любые эндокринологические заболевания.

Важно! Если человек будет здоровым физически, если будет вести активный образ жизни и вовремя обращаться к врачу, а не просто бездумно принимать таблетки, то у него и мозг будет здоровым. Но это не касается болезни Альцгеймера и Паркинсона.

При первых симптомах болезни Альцгеймера очень быстро нарастают расстройства памяти, расстройства интеллекта, которые при болезни Альцгеймера выражены ярче, чем при старческом слабоумии. Человек вдруг становится растерянным, не может понять, что происходит. Буквально, в случае если он отвернется от вас и повернется снова, то будет думать, что увидел вас впервые. У таких больных всегда удивленный, растерянный вид. Также наблюдаются нарушения речи и привычного порядка действий. Они путают слова и не могут, например, выполнить простой тест: разобрать и собрать шариковую ручку.

До определенного момента человек может понять сам, что у него развивается деменция. Он жалуется на расстройство кратковременной памяти и забывает то, что было день или час назад. Будет ли вовремя назначено лечение, как будет протекать расстройство — все это зависит от окружения пожилого человека. Именно близкие должны вовремя забить тревогу и не игнорировать симптомы.

Деменция может сопровождаться психотическими нарушениями: бредом, галлюцинациями, агрессией, яркими поведенческими нарушениями. Понятно, если человек вдруг высказывает бредовые идеи (например, «вы хотите меня убить и забрать квартиру») и ведет себя агрессивно, то родственники обращаются к психиатру. Но когда таких ярких нарушений нет, а память и интеллект угасают постепенно, к сожалению, за помощью об-

ращаются очень поздно. И зачастую родственники говорят, что все было нормально «буквально до вчерашнего дня». Но когда начинаешь задавать вопросы, выясняется, что пять лет назад у пациентки была забывчивость, а два года назад она потерялась на улице, а последний год боится выходить из дома, потому что не уверена, что найдет дорогу назад. Тогда становится понятным, что симптомы появились давно.

Больные с деменцией часто помнят до мелочей события далекого прошлого, а текущие не закрепляются в памяти. Многие говорят: да у моей бабушки такая память, ни у кого в семье такой нет, она «Евгения Онегина» читает наизусть. А на самом деле это грозный симптом того, что текущие события из памяти уже стираются.

Психологические изменения с возрастом проявляются в повышенной ранимости, обидчивости, раздражительности, концентрации внимания на ограниченном круге аффективно заряженных представлений. Настроение у пожилых людей становится неустойчивым, преобладают пониженный фон и пессимизм, недовольство окружающим. Легко возникают чувства тревоги и страха. Социальные аспекты относительно старости окрашены людьми преимущественно в мрачные тона, старость ассоциируется с бедностью, плохим жильем, безобразным медицинским обслуживанием, слабым здоровьем и социальной изоляцией. Сложившиеся стереотипы, в свою очередь, влияют на мироощущение пожилых людей: активная старость начинает восприниматься как отклонение, пассивная и болезненная — как норма.

Поиск и реализация адекватных мер в поддержку пожилых людей остаются смыслом деятельности социальных служб на национальном уровне.

Снижение памяти и внимания является самым распространенным спутником старения. До 70% пожилых людей отмечают у себя снижение памяти по сравнению с молодым или средним возрастом. На первых этапах снижение памяти воспринимается как забывчивость: зачем пришел в эту комнату,

куда положил вещь, во сколько необходимо прийти на встречу, забыл выключить утюг, не помню, куда положил ключи. Пожилые люди не обращают внимания на эти симптомы, ссылаясь на утомляемость, плохой сон ночью, повышенную нагрузку на работе, неприятности и т.д. Плохая информированность докторов разных специальностей могут так же не привлечь внимание к этой проблеме данного человека. В конечном итоге — формирование грубого психического расстройства, полностью дезадаптирующего человека в обществе.

Причины возникновения когнитивных нарушений разнообразны. Это и физиологические возрастные изменения головного мозга, но наиболее важная роль принадлежит возникновению сосудистых и дегенеративных заболеваний, характерных в пожилом и старческом возрасте с клиникой когнитивных нарушений.

Это подтверждает необходимость своевременного ознакомления с основными понятиями психического здоровья пожилого человека и обращения к врачу при первых симптомах неблагополучия.

В принципе сам пожилой человек или его близкие способны оценить, есть или нет у него какие-либо нарушения психической деятельности (нарушения памяти, внимания, запоминания, особенно текущих событий, нарушения счета, психомоторной координация, речи, восприятия информации, способности приобретать, сохранять и использовать разнообразные двигательные навыки и др.). Наиболее простыми средствами для таких целей могут служить Шкала оценки повседневной активности (см. п. 2.1.2), Модифицированная методика Мини-Ког (Mini-Gog, см. п. 2.1.3) и Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE, см. п. 2.1.4).

В целом, можно определить несколько наиболее распространенных симптомов патологического старения (при деменции):

1. Недавняя потеря памяти

Все мы на время забываем что-то, а потом вспоминаем. Люди, страдающие деменцией, часто что-то забывают, но *никогда* не вспоминают. Они могут задавать вам один и тот же вопрос снова и снова, каждый раз забывая, что вы уже дали им ответ. Они даже не вспомнят, что уже задавали вопрос

2. Сложность выполнения знакомых заданий

Люди с деменцией могут приготовить еду, но забыть ее подать. Они также могут даже забыть, что готовили

3. Проблемы с языком

Люди с деменцией могут забывать простые слова или использовать неправильные слова. Из-за этого подчас трудно понять, чего они хотят

4. Дезориентация во времени и месте

Люди с деменцией могут заблудиться на собственной улице. Они могут забыть, как попали в определенное место и как вернуться домой

5. Плохое суждение

Даже человек, не страдающий деменцией, может отвлечься. Но люди, страдающие деменцией, могут забыть о простых вещах, например, забыть надеть пальто перед выходом на улицу в холодную погоду

6. Проблемы с абстрактным мышлением

У каждого могут возникнуть проблемы с финансовыми подсчетами, но люди с деменцией могут забыть, каковы цифры и что с ними вообще нужно делать

7. Неуместные вещи

Люди, страдающие деменцией, могут ставить вещи не в те места. Они могут положить утюг в морозильную камеру или наручные часы в сахарницу. Потом они не смогут найти эти вещи

8. Изменения настроения

Время от времени все бывают капризными, но у людей с деменцией могут быть резкие перепады настроения, которые за несколько минут переходят от спокойного состояния к слезам и гневу

9. Изменения личности

У людей с деменцией могут быть резкие изменения личности. Они могут стать раздражительными, подозрительными или боязливыми

10. Потеря инициативы

Люди с деменцией могут стать пассивными. Они могут не захотеть ходить куда-нибудь или видеть других людей

Если у пожилого человека выявлены тревожные симптомы — его нужно обязательно показать врачу (психоневрологу, неврологу, психиатру).

1.2.3. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ: МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ. ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Диагностика когнитивных нарушений.

Когнитивная дисфункция у пожилых людей выражается в чрезмерной раздражительности, обидчивости, ограниченности мышления, плохой памяти. Их настроение часто меняется, проявляются такие качества, как пессимизм, страх, тревога, недовольство другими людьми, возможна социально-бытовая дезадаптация. Отсутствие лечения приведет к катастрофическим нарушениям когнитивных функций.

У пожилых людей головной мозг подвергается ряду существенных изменений, в то время как его масса значительно уменьшается. Начинается этот процесс рано, еще в 30-40 лет, а к 80 годам степень потери нейронов может составлять до 50% от общей массы. Уцелевшие нейроны не остаются прежними, они претерпевают функциональные изменения. На внешнем плане это может проявляться в том числе в виде нарушений когнитивных функций.

Выделяются три группы додементных когнитивных расстройств (КР): субъективные, легкие и умеренные.

К *субъективным когнитивным нарушениям* можно отнести жалобы пожилого человека на сильную забывчивость, снижение концентрации внимания

ния, повышенную утомляемость при умственной работе, трудности подбора нужного слова в разговоре, но при этом врач при нейропсихологическом тестировании изменения не выявляет.

В зависимости от преимущественной локализации патологического процесса когнитивные расстройства разделяют на состояния с преимущественным вовлечением коры и подкорковых структур. В то же время необходимо отметить, что по мере прогрессирования заболевания процесс имеет тенденцию к генерализации с вовлечением как коры, так и подкорковых структур.

При *легкой степени* присутствует минимальный когнитивный дефицит: больной полностью ориентирован, хорошо выполняет тесты, определяющие состояние оперативной памяти, контролирует свое поведение и эмоции, легко выполняет 2-3 сложные инструкции. Вместе с тем у него отмечается определенное снижение концентрации внимания, умственной работоспособности, запоминания нового материала.

Легкие когнитивные нарушения характеризуются в основном жалобами на снижение памяти, особенно при необходимости запомнить большой объем информации. В их основе лежат патологические изменения в головном мозге, однако эти изменения еще не оказывают влияния на социальную, профессиональную и бытовую деятельность человека. Отмечаются только снижение скорости обработки информации, способность быстро переключаться с одного вида деятельности на другой. На этой стадии о наличии когнитивных нарушений можно судить только по наличию жалоб и данным психологического обследования.

Критериями легких когнитивных нарушений служат:

- жалобы больного на снижение памяти, умственной работоспособности, выявленные при опросе врачом;
- легкие когнитивные нарушения при обследовании психологом;
- отсутствие нарушений поведения.

При *умеренной степени* больной периодически путается во времени и пространстве; у него отмечается умеренное снижение оперативной памяти, при выполнении двусложных инструкций допускает ошибки.

У больных с синдромом умеренных когнитивных расстройств могут наблюдаться:

- умеренное снижение способности к концентрации внимания;
- ухудшение симультанного восприятия (затруднение одновременного восприятия нескольких стимулов);
- ухудшение памяти на текущие события, имена новых знакомых, географические названия;
- рассеянность, частый поиск забытых вещей.

Синдром умеренных когнитивных расстройств часто сопровождается утомляемостью, снижением настроения и тревожностью в связи с осознанием собственной неполноценности.

Умеренные когнитивные расстройства возникают при различных заболеваниях головного мозга. Они не приводят к утрате независимости в повседневной жизни. Могут отмечаться затруднения при выполнении сложных и необычных видов деятельности. Распространенность умеренных когнитивных расстройств увеличивается с возрастом, достигая 11-17% у людей старше 65 лет. Умеренные когнитивные нарушения могут прогрессировать вплоть до развития деменции (слабоумия).

Существуют следующие критерии умеренных когнитивных расстройств:

- наличие когнитивных расстройств со слов больного или его ближайшего окружения;
- свидетельства снижения когнитивных способностей по сравнению с исходным, более высоким уровнем, полученные от больного или ближайшего его окружения;

- объективные свидетельства нарушений памяти или других когнитивных функций, полученные с помощью нейропсихологических тестов;
- сохранность бытовых навыков, социальной активности.

Выраженная степень когнитивных расстройств — это деменция (слабоумие), при которой снижение памяти интеллекта сочетаются с различной степенью социальной дезадаптации. Нарушения мешают больному работать, выполнять свои социальные функции нормально контактировать с другими людьми.

Различают 3 степени тяжести деменции:

- легкая — трудовая и социальная активность нарушены, однако сохранина способность жить самостоятельно при адекватной личной гигиене и относительной сохранности суждений;
- умеренная — при относительно сохранной способности жить самостоятельно необходима некоторая степень присмотра;
- тяжелая — больному требуется постоянное наблюдение и уход, он не способен поддерживать личную гигиену.

Деменция (от лат. *de* — «утрата», *mentos* — «ум», или слабоумие) — это приобретенные устойчивые полифункциональные когнитивные нарушения (ухудшение памяти, интеллекта, умственной работоспособности и др.):

- выраженные в значительной степени;
- определяемые на фоне ясного сознания;
- имеющие причиной органическое поражение головного мозга.

Приобретенный характер когнитивных нарушений при деменции свидетельствует о том, что это состояние развивается в результате какого-либо произошедшего в течение жизни поражения головного мозга. Деменция представляет собой снижение интеллекта по сравнению с исходно более высоким уровнем. Этим деменция отличается от изначальной недоразвитости когнитивных функций (олигофрении).

Устойчивость нарушений подразумевает, что они присутствуют в течение определенного продолжительного времени. Так, в соответствии с рекомендациями Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) диагноз «деменция» возможен при длительности когнитивных расстройств *не менее* 6 месяцев. До этого срока диагноз может быть сформулирован *только* предположительно.

Полифункциональный характер нарушений подразумевает одновременное страдание нескольких когнитивных функций, например, памяти и речи, памяти и интеллекта или памяти, интеллекта и речи и т.д. При этом нарушение каждой когнитивной функции выражено в значительной степени.

Значительная степень нарушений подразумевает тот факт, что они оказывают негативное влияние на повседневную жизнь, то есть вызывают затруднения, по крайней мере, в одной из следующих областей: профессиональной деятельности, хобби (увлечения), взаимодействии с другими людьми, повседневному быту, самообслуживании.

При отсутствии таких затруднений следует говорить не о деменции, а о недементных (легких или умеренных) когнитивных нарушениях.

Когнитивные нарушения при деменции выявляются на фоне ясного сознания, то есть они не связаны с помрачением сознания. Больной с деменцией демонстрирует расстройства памяти внимания, находясь в состоянии активного бодрствования. Этим деменция отличается от *делирия* — преходящего, то есть *обратимого*, психического расстройства, отражающего острую недостаточность мозга и протекающего с помрачением сознания, нарушением внимания, восприятия, мышления и эмоций вследствие диффузного нарушения метаболизма (временного острого нарушения обмена веществ в организме человека).

Следует отметить, что тяжелая депрессия иногда приводит к выраженным когнитивным расстройствам при отсутствии органического поражения

головного мозга. Для обозначения таких состояний используют термины «псевдодеменция» и «депрессивная псевдодеменция».

Медицинская категория «деменции» представляет собой синдром, обусловленный органическим поражением головного мозга и клинически проявляющейся нарушениями в процессах воспоминания и консолидации памяти, в расстройствах планирования и других когнитивных нарушениях, включая речь, ориентировку, абстрактное мышление, моторные (двигательные) функции. Клиническое значение такие признаки поражения центральной нервной системы (ЦНС) приобретают при значимом снижении социальной активности, уровня личности, качества жизни.

Некогнитивными симптомами деменции называют частые проявления аффективных расстройств, психотические симптомы, дезорганизованное поведение, тревожные расстройства, расстройства ночного сна. Возникновение деменции обычно незаметное (за исключением острых поражений головного мозга); течение, как правило, прогрессирующее, хотя в некоторых случаях может быть относительно стационарным. Классификация деменций предполагает как клиническую форму проявления заболевания, так и анатомическую локализацию органического поражения ЦНС.

Как уже отмечалось, болезнь Альцгеймера — наиболее распространенная причина деменции, на ее долю приходится до 60-70% всех случаев. Распространены также сосудистая деменция, прогрессирующий надъядерный паралич, деменция с тельцами Леви и лобно-височные дегенерации. Кроме вышенназванных заболеваний, деменция может развиваться после различных травм и инфекционных болезней головного мозга, при хроническом алкоголизме и нарушениях обмена веществ.

Расходы на уход за больным с деменцией, связанные с обеспечением медицинской, социальной помощи, существенно влияют на материальное положение, качество жизни и состояние здоровья членов всей семьи.

Чаще всего бывает так, что первая — ранняя стадия деменции (первые год или два) остается незамеченной. Родственники и друзья воспринимают ее как «старческий возраст» или как нормальный компонент процесса старения. Поскольку болезнь развивается постепенно, бывает трудно точно определить момент ее начала.

Как распознать первую — раннюю стадию деменции?

На этой стадии больные становятся забывчивыми, особенно в отношении событий, которые только что произошли, некоторые люди могут испытывать затруднения при общении, например, при подборе слов, теряют ориентацию в знакомой местности, утрачивают представление о ходе времени, включая время суток, месяц, год, сезон. Часть пожилых людей испытывает затруднения при обращении со своими деньгами, а также при выполнении сложных работ по дому. Некоторые могут стать менее активными и мотивированными и теряют интерес к какой-либо деятельности и занятиям, могут демонстрировать изменения настроения, в том числе депрессию и тревожность, могут иногда реагировать чрезмерно раздраженно или агрессивно.

Каковы признаки у средней стадии заболевания?

Чаще всего, со второго по четвертый или пятый годы, по мере прогрессирования болезни, признаки и симптомы становятся более явными, и они все больше и больше ограничивают возможности человека. Больные:

- проявляют сильную забывчивость, особенно в отношении недавних событий и имен людей;
- испытывают затруднения в оценке времени, даты, места и событий;
- могут потерять ориентацию в доме или в обществе;
- испытывают возрастающие затруднения при общении (речь и понимание);
- нуждаются в помощи для ухода за собой (туалет, мытье, одевание);
- неспособны справиться с приготовлением еды, уборкой или совершение-

нием покупок, к безопасному проживанию в одиночестве без посторонней помощи.

Кроме того, изменения в поведении могут включать в себя бесцельное хождение, повторение одних и тех же вопросов, выкрики, навязчивость, нарушение сна, галлюцинации (слуховые и зрительные восприятия того, чего в действительности не существует). Некоторые пожилые люди могут демонстрировать ненадлежащее поведение дома или в обществе (например, расторможенность, агрессию).

Что может говорить о поздней стадии деменции?

Пятый и последующие годы — это стадия почти полной зависимости от других людей и отсутствия активности. Нарушения памяти становятся значительными, а физические признаки и симптомы более очевидными. На этой стадии больные обычно дезориентированы во времени и пространстве, испытывают затруднения в понимании того, что вокруг них происходит, неспособны узнавать родственников, друзей и знакомые предметы, не могут принимать пищу без посторонней помощи, могут испытывать затруднения при глотании. Возрастает потребность в помощи для ухода за собой (пользование ванной и туалетом), возможны непроизвольный стул и мочеиспускание, трудности в передвижении. Человек может утратить способность ходить или оказаться прикованным к инвалидному креслу или кровати, изменения в поведении могут усиливаться и включать агрессию в отношении лица, осуществляющего уход, невербальное возбуждение (нанесение пинков, ударов, пронзительные крики или стоны), неспособность ориентироваться в доме.

Нарушения при деменции делятся на два вида: функциональные и органические.

Функциональные расстройства провоцируются эмоциональным перенапряжением, стрессами, перегрузками. Они характерны для любого возраста и при устраниении причин, как правило, проходят самостоятельно. Однако

бывают случаи, когда врач решает применить медикаментозную терапию.

Органические нарушения провоцируются изменениями в головном мозге под воздействием какого-либо заболевания. Как правило, они наблюдаются в пожилом возрасте и отличаются устойчивым характером. Современная медицина предлагает продуктивные способы решения такой проблемы, позволяющие получить хороший результат.

Можно назвать следующие причины нарушений:

1. Недостаточность кровоснабжения клеток мозга — сюда относят такие заболевания, как сердечно-сосудистая патология, инсульт, гипертония. Человек должен следить за своим артериальным давлением, поддерживать оптимальный уровень сахара и холестерина.

2. Возрастная атрофия головного мозга или прогрессирующая болезнь Альцгеймера; в этом случае симптоматика болезни нарастает постепенно, в течение многих лет. Адекватное лечение поможет улучшить состояние пожилого человека, стабилизировать симптомы на долгий срок.

3. Проблемы обмена веществ.

4. Алкоголизм и отравления.

5. Сердечно-сосудистая недостаточность.

Лечение когнитивных расстройств.

Лечение когнитивных расстройств представляет из себя очень сложную задачу, хотя достижения современной медицины и позволяют затормозить развитие выраженных и тяжелых форм когнитивных расстройств, деменции.

В лечении могут быть использованы многие лекарственные препараты, которые следует принимать только по рекомендации врача.

Лечение должно быть индивидуальным и направленным на те патогенетические факторы нарушений когнитивных функций, которые определяются при клиническом и инструментальном исследовании в каждом конкретном случае.

Всестороннее клинико-инструментальное исследование пожилых лиц с жалобами на снижение памяти позволяет выявить когнитивные нарушения и установить нозологический диагноз еще до развития клинически очерченной деменции. Это имеет большое практическое значение, поскольку в распоряжении неврологов в настоящее время имеются возможности эффективной терапии когнитивных нарушений в пожилом возрасте. При этом более ранняя диагностика и более раннее начало терапии значительно повышают шансы на успех лечения. Активное изучение патогенеза нейропатологических заболеваний в настоящее время дает основания ожидать разработки в недалеком будущем способов предотвращения развития деменции при диагностике нарушений начале патогенетической терапии на этапе синдрома умеренных когнитивных нарушений.

Терапия когнитивных нарушений в пожилом возрасте преследует две основные цели: профилактику прогрессирования нарушений и уменьшение выраженности уже имеющихся расстройств с целью повышения качества жизни пожилых людей и их родственников. Лечение должно быть по возможности этиотропным или патогенетическим. Во всех случаях целесообразно проведение следующих мероприятий:

- всестороннее обследование больного, достижение максимально возможной компенсации сердечно-сосудистых и других имеющихся соматических заболеваний;
- контроль сосудистых факторов риска: артериальной гипертензии, гиперлипидемии, прием антитромбоцитарных препаратов, борьба с ожирением и гиподинамией;
- оценка эмоционального состояния и, по показаниям, назначение антидепрессантов, не обладающих холинолитическим эффектом;
- оптимизация микроциркуляции и церебральных метаболических процессов;

- заместительная нейротрансмиттерная терапия с целью оптимизации процессов синаптической передачи.

Вылечить когнитивные расстройства нельзя, но возможно продлить ясность ума.

И родственники, и врачи, и сами пожилые люди понимают, что процесс необратим. И это иногда заставляет их отказываться от лечения, что неправильно. Чем больше внимания будет уделено болезни, чем лучше будут выполняться назначения врача, тем дольше пожилой человек останется самостоятельным в простых бытовых ситуациях.

Медикаменты существуют, их действие эффективно, но они не дают обратного развития, потому что умершая нервная ткань не восстанавливается. Лекарства помогают нейронам начать работать активнее: они меньше устают, и у человека дольше сохраняется высокий уровень функционирования. Медикаментозное лечение необходимо, но его одного недостаточно. Нужны поддерживающие социальные мероприятия. Человек, страдающий деменцией, должен хорошо ориентироваться там, где они живет. Для этого в его комнате необходимо поддерживать порядок (у каждой вещи — свое место), разместить на стенах часы и календарь. Важно держать таблетки в таблетнице и контролировать, как они принимаются. И главное — тренировать навыки, которые нужны постоянно: ходить в магазин за хлебом, самостоятельно одеваться, чистить зубы. Важно не стараться делать то, что человек еще может делать сам. Чтобы мозг дольше продолжал функционировать, нужно тренировать те функции, которые вы хотите сохранить. Мозг делает хорошо то, что он делает каждый день. Для того чтобы он оставался «свежим», нужно постоянно учиться. Танцевать, учить иностранные языки, разучивать стихи, читать книги. Постоянно обучение держит мозг в тонусе!

1.2.4. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Не меньшее значение в диагностике когнитивных нарушений имеют ее психологические аспекты.

К методам психодиагностики, используемым и проводимым психологом, относятся:

1. Беседа. Воспринимается пожилыми людьми лучше всего — это привычная форма контакта с врачом. В начале беседы психолог задает общие вопросы, на развитие диалога могут влиять интересы и предпочтения самого пожилого человека, и это также является источником информации для оценки личности.

2. Опрос. Предполагает последовательные ответы на поставленные психологом вопросы. Заранее сформированный список вопросов не должен быть окончательным: специалист отслеживает реакцию пожилого человека и может корректировать ход опроса, основываясь на ней. При условии, что человек хорошо идет на контакт, опрос помогает быстро собрать базовую информацию для дальнейшей работы.

3. Анкетирование. Подходит для тех, у кого имеются проблемы в общении с другими людьми, но кто способен заполнять бумажные опросы. Желательно, чтобы при анкетировании присутствовал психолог, отслеживающий реакции на тот или иной пункт, помогающий справляться с трудностями в заполнении опросного листа, если они возникают.

4. Игровые формы психодиагностики. Подходят не всем пожилым людям, так как с возрастом фантазия, воображение, способность к вариативному мышлению снижаются. Если они сохранены в достаточном объеме, психолог может организовать диагностическую сессию в игровой форме. Она может содержать элементы арт-терапии, сказкотерапии, предполагать придумывание сюжета или персонажа и т.п.

Сеансы психодиагностики лучше проводить в спокойной и привычной обстановке. Если есть возможность, психолог работает на дому. Опросы, тесты или беседы не должны быть слишком длинными — в пожилом возрасте сложнее концентрироваться на одной задаче, и долгая работа с психологом может утомлять. При этом учитывают, что некоторое время человеку понадобится на адаптацию к самой ситуации опроса или беседы. Чтобы ускорить такую адаптацию, психолог может объяснить, зачем именно выполняется психодиагностика, почему пожилой человек должен давать точные ответы на вопросы и т.п.

Психодиагностика используется для оценки психологического состояния пожилого человека. По ее результатам можно получить следующую информацию:

- общее эмоциональное состояние;
- сохранность памяти, интеллекта, способностей к логике, анализу и т.п.;
- сохранность навыков коммуникации;
- наличие и степень выраженности страхов, тревожности, других расстройств;
- наличие негативных эмоций: чувство одиночества, грусть, отчаяние;
- степень риска возрастных нарушений психического состояния, снижения памяти, мыслительных способностей;
- уровень сохранности социальных навыков;
- риск развития или стадия болезни Альцгеймера, деменции, других возрастных заболеваний;
- уровень вовлеченности в жизнь семьи (или другой социальной группы), активность социального взаимодействия;
- причины имеющихся страхов, проявлений тревожности;
- склонность негативному поведению, ее причины.

Основными инструментами психологической диагностики являются Аризонский опросник для родственников (см. п. 2.1.1) и Монреальская шкала оценки когнитивных функций (п. 2.1.5).

1.3. МОТИВАЦИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА К ПРОФИЛАКТИКЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Старость — это дурная привычка, которую не успевают приобрести очень занятые люди.

Андре Моруа

1.3.1. Понятие профилактики когнитивных нарушений: виды профилактики. Применение комплексного подхода в работе с пожилыми людьми по профилактике когнитивных нарушений: практические рекомендации. Проблемы мотивации пожилых людей.

1.3.2. Методы профилактики депрессии (режим дня, питание, ЗОЖ, общение, активность, поддержка и пр.). Возможности психологической поддержки и психотерапевтического воздействия.

1.3.3. Методы профилактики деменции (забота о здоровье, физическая активность, рациональное питание, тренировка мозга).

1.3.1. ПОНЯТИЕ ПРОФИЛАКТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ: ВИДЫ ПРОФИЛАКТИКИ. ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В РАБОТЕ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ: ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. ПРОБЛЕМЫ МОТИВАЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Понятие профилактики когнитивных нарушений: виды профилактики

Профилактика — это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний и травм, а также на недопущение и устранение факторов риска их развития.

Говоря о профилактике когнитивных нарушений, следует выделить понятия «первичной» и «вторичной» профилактики.

Первичная профилактика ориентирована на *предотвращение* возникновения заболеваний, связанных с опасностями развития когнитивных нарушений, у здорового населения. *Вторичная профилактика* делает акцент

на *раннем выявлении* заболеваний, и ее целью становятся здоровые люди с субклиническими (или «инкубационными») формами заболеваний, то есть до появления их выраженных признаков.

Выявление надежных предикторов («предвестников») будущих заболеваний (в первую очередь, болезни Альцгеймера) — как биологических, так и психологических и социальных — является ныне актуальной проблемой профилактики когнитивных нарушений и возможной реабилитации пожилых людей. Появляется все больше доказательств того, что на определенные патофизиологические изменения влияют многие психосоциальные факторы, образ жизни и другие патологические состояния, такие как сердечно-сосудистые заболевания.

Конечно, генетические факторы вместе с факторами риска, приобретенными на протяжении всей жизни человека (например, черепно-мозговые травмы), играют важную роль в последующих процессах когнитивного снижения.

Но имеются, по крайней мере, 7 потенциально изменяемых факторов, воздействие на которые способно сократить риск развития деменции. К ним относятся диабет, гипертония, ожирение, курение, депрессия, низкий уровень образования («когнитивная недостаточность») и отсутствие физической активности. Согласно некоторым исследованиям, до половины случаев болезни Альцгеймера связано с влиянием вышеперечисленных факторов, и их снижение на 10-25% способно предотвратить от 1 до 3 миллионов случаев болезни во всем мире.

Экспериментальные и клинические исследования показывают, что физическая активность вызывает структурные и функциональные изменения в мозге, определяя огромные биологические и психологические преимущества. Например, упражнения в течение 45-60 минут в день с умеренной интенсивностью улучшают не только собственно двигательные (моторные) функции, но внимание и память у здоровых людей старше 50-ти лет.

Немалую роль в развитии когнитивных нарушений, доходящих до стадии деменции, играют психоневрологические факторы риска, в первую оче-

редь, депрессия и апатия, возникающая у многих пожилых людей. В этой связи актуальным направлением первичной и вторичной профилактики когнитивных нарушений признается повышение «когнитивного резерва» и содействие внедрению практик активного (успешного) старения.

«Когнитивный резерв» определяется в психологической литературе как способность пожилого человека переносить физиологические возрастные изменения без когнитивных и функциональных нарушений, делая его более устойчивым. Эпидемиологические исследования показывают, что жизненный опыт, включая образование и профессиональную деятельность, а также досуг в дальнейшей жизни, может увеличить этот резерв. Общеизвестный факт более низкого риска деменции у высокообразованных людей в основном объясняется наличием у них когнитивного резерва.

Модель когнитивного резерва также предполагает, что некоторые специфические переживания и формы поведения обеспечивают защиту от возрастного упадка. Примеры поведения, которое может создать такой резерв, включают в себя как приобретенное ранее образование, высокую грамотность, увлекательную в прошлом работу и поддержание активного образа жизни, так и способность к интеллектуальному взаимодействию и новому обучению в пожилом возрасте.

Широко признано, что социальная вовлеченность, измеряемая через контакты с семьей и друзьями и участие в общественной деятельности, связана со многими положительными результатами у пожилых людей и, таким образом, рассматривается как фактор снижения риска последующего развития деменции. Эффективными в преодолении или облегчении последствий одиночества и социальной изоляции являются также вмешательства, основанные применении новых технологий (например, помощь в использовании компьютера, видеоигры, персонализированная информация для напоминаний и др.).

Перспективными в изучении вопросов профилактики в настоящее время являются исследования, касающиеся изучения роли рабочей памяти и ментальных образов в развитии когнитивных нарушений в пожилом возрасте.

Традиционно снижение когнитивных функций связывают с ухудшением памяти, однако известно, что не все аспекты памяти одинаково чувствительны к старению. Знание о различных возрастных изменениях, характерных для разных систем памяти, а также об их роли в когнитивном снижении, полезно для планирования или выбора программ профилактики и/или ранней реабилитации для достоверного улучшения памяти и замедления когнитивного старения.

Рабочая память — это способность сохранять и одновременно обрабатывать информацию для использования в других сложных когнитивных задачах — в рассуждении, решении проблем и понимании прочитанного. Рабочая память ныне считается одним из основных механизмов, объясняющих процессы когнитивного старения. Таким образом, новое обучение может быть ценным методом улучшения когнитивных функций, возможно, отсрочив наступление болезни Альцгеймера.

Распад памяти связан с другим когнитивным аспектом, который также следует учитывать в профилактических целях, а именно с ментальными образами. Эти образы состоят из восприятий в отсутствие существующих внешних стимулов, хотя и отличаются от субъективной оценки яркости образов, основанной на долговременной памяти. Образы играют функциональную роль в различных когнитивных процессах, которые имеют возрастное снижение, с очевидными последствиями для автономии пожилых людей.

Эмпирические данные свидетельствуют о том, что участие в когнитивной, социальной и физической активности в течение жизни стимулирует мозг и, в соответствии с концепцией «когнитивного резерва», защищает пожилых людей от когнитивного спада и когнитивных нарушений, связанных с возрастом. В связи с этим эффективными являются разнообразные

профилактические вмешательства, объединяющие в себе биологические и когнитивные стратегии (тренировка памяти и образов, социальное взаимодействие) для людей, подверженных риску деменции.

Применение комплексного подхода в работе с пожилыми людьми по профилактике когнитивных нарушений: практические рекомендации.

Комплексный подход, основанный на применении различных форм и видов первичной и вторичной профилактики, представлен в Рекомендациях Всемирной организации здравоохранения «Сокращение рисков когнитивных нарушений и деменции» («Risk reduction of cognitive decline and dementia», 2019).

В Рекомендациях, в частности, отмечается, что, хотя возраст и признается наиболее известным фактором риска снижения когнитивных способностей, деменция не является естественным или неизбежным следствием старения. Развитие когнитивных нарушений и деменции напрямую связано с образом жизни (отсутствие физической активности, курение, нездоровое питание, злоупотребление алкоголем), с социальной изоляцией и когнитивной бездеятельностью. Наличие потенциально изменяемых факторов риска означает, что профилактика когнитивных нарушений возможна на путях внедрения нового подхода к общественному здравоохранению, основанном на «ключевых вмешательствах», задерживающих или замедляющих процессы когнитивного снижения и риски деменции.

<i>Области профилактики</i>	<i>Общее содержание</i>
1. Физическая активность	<p>Лицам с нормальным умственным восприятием следует рекомендовать физическую активность, чтобы снизить риск когнитивного спада.</p> <p>Взрослым с умеренными когнитивными нарушениями (УКН) можно рекомендовать физическую активность, чтобы снизить риск дальнейшего снижения когнитивных функций.</p> <p>Физически активный образ жизни связан со здоровьем мозга. Физически активные люди имеют меньшую вероятность снижения когнитивных функций, развития деменции болезни Альцгеймера по сравнению с неактивными людьми</p>

2. Курение	<p>Взрослым, употребляющим табак, следует предлагать меры по прекращению употребления табака, поскольку это может снизить риск снижения когнитивных функций и деменции в дополнение к другим преимуществам для здоровья.</p> <p>Следует предусмотреть вмешательства, ориентированные на предотвращение употребления табака, содействие отказу от табака, а также диагностику и лечение табачной зависимости, как на индивидуальном уровне, так и на уровне населения в рамках реализации программ прекращения курения</p>
3. Питание	<p>Средиземноморская диета может быть рекомендована взрослым с нормальными когнитивными функциями и УКН для снижения риска снижения когнитивных функций и / или деменции.</p> <p>Всем взрослым следует рекомендовать здоровое сбалансированное питание в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Не рекомендуется принимать витамины В и Е, полиненасыщенные жирные кислоты и комплексные добавки для снижения риска снижения когнитивных функций и/или деменции</p>
4. Употребление алкоголя	<p>Следует предложить меры, направленные на сокращение или прекращение опасного и вредного употребления алкоголя взрослым с нормальными когнитивными функциями и УКН для снижения риска снижения когнитивных функций и/или деменции в дополнение к другим преимуществам для здоровья.</p> <p>Вмешательства могут быть основаны на пропаганде трезвого образа жизни и соответствующих поведенческих изменениях, а также на психотерапевтическом и/или фармакологическом лечении алкоголизма</p>
5. Когнитивные вмешательства	<p>Познавательные тренинги могут быть предложены пожилым людям с нормальным познанием и с УКН для уменьшения риска снижения когнитивных функций и/или деменции</p>
6. Социальная активность	<p>Социальное участие и социальная поддержка тесно связаны с хорошим здоровьем и благополучием на протяжении всей жизни, и социальная интеграция должна поддерживаться на протяжении всей жизни</p>

7. Контроль веса	Вмешательства при избыточном весе и/или ожирении могут быть предложены для снижения риска когнитивного снижения и/или слабоумия
8. Лечение гипертензии	Взрослым с артериальной гипертензией следует предлагать лечение гипертонии для снижения риска когнитивного снижения и/или слабоумия
9. Лечение диабета	Взрослым с диабетом следует предлагать лечение с помощью лекарств и/или изменения образа жизни
10. Лечение дислипидемии	Может быть предложено лечение дислипидемии в среднем возрасте для снижения риска развития когнитивных нарушений
11. Лечение депрессии	Хотя в настоящее время недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать использование антидепрессантов для снижения риска когнитивных функций и/или деменции, необходимо проводить лечение взрослых, страдающих депрессией
12. Лечение нарушений слуха	Недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать использование слуховых аппаратов для снижения риска когнитивных нарушений. Пожилым людям следует предлагать скрининг с последующим предоставлением слуховых аппаратов для своевременного выявления и лечения потери слуха

Проблемы мотивации пожилых людей.

Старение — процесс продолжительный и необратимый; процесс, начинающийся с постепенного снижения функциональных возможностей человеческого организма.

Как правило, выделяют 3 возрастные стадии этого процесса:

- от 60 до 64 лет — достаточно активные в экономическом и социальном плане люди, продолжающие осуществлять трудовую деятельность;
- от 65 до 80 лет — люди менее активные, многим из которых требуются медицинская помощь и социальные услуги;
- старше 80 лет — люди, имеющие проблемы со здоровьем и часто нуждающиеся в постороннем уходе и помощи.

С возрастом отмечается потеря психологической гибкости и способности к адаптации, интерес к новому, неизвестному сменяется стремлением к устойчивости и надежности. Осознание неизбежности старения, сопряженное с утратой социального статуса, физическими ограничениями и психическими изменениями, приводит пожилых людей к сужению круга общения, возникновению чувства ущербности и ненужности, а иногда и к тяжелым депрессивным состояниям.

Повседневная практика показывает, что существуют характерные особенности стиля жизни и поведения пожилого человека, оказывающие негативное воздействие на его самооценку, психологическое состояние и поддержание интереса к активной социальной жизни:

- самоизоляция от социального окружения в результате потери социальной полноты жизни, ограничения количества и качества связей с обществом;
- одиночество — в пожилом возрасте происходит потеря друзей и родных, уходят из жизни старые друзья, дети начинают жить своей жизнью, зачастую отдельно от пожилых родителей; пожилой человек лишается возможности общения, посильной помощи, постоянного движения и действия;
- снижение жизненного интереса в результате отсутствия социальных контактов, равнодушия к себе и окружающему миру;
- психологическая защита, сковывающая разум, чувства, жизнедеятельность, в норме позволяет человеку обрести временное душевное равновесие, однако в пожилом возрасте может принести вред, так как приводит к стремлению избежать новой информации, иных обстоятельств жизни, отличных от сложившихся стереотипов;
- неспособность (а, отчасти, нежелание и сопротивление) к восприятию нового приводит к тому, что пожилые люди пытаются создать из своей юности нечто вроде утраченного рая, переживая и сожалея о ней; концентрируясь на прошлом, они не замечают настоящего, теряя веру в будущее и переставая развиваться как личность;

- обидчивость, раздражительность, капризность, сварливость, жадность и др. — те отрицательные черты характера, которые маскировались в молодости, проявляются отчетливо в пожилом возрасте;
- тревожность и мнительность как следствие неуверенности в своих силах;
- негативные эмоции и депрессивные состояния, возникающие в результате чрезмерного погружения в болезни.

Тем самым, основными факторами, способствующими старению, становятся:

- отсутствие четкого жизненного ритма;
- сужение сферы общения;
- уход от активной трудовой деятельности;
- синдром «опустошенного гнезда»;
- уход человека в себя;
- ощущение одиночества;
- ощущение дискомфорта от замкнутого пространства и многие другие жизненные события и ситуации.

Следует заметить, что воспроизведству негативных образов старости способствуют и те дискриминационные практики «геронтологического эйджизма», которые ярко представлены в общественном сознании:

<i>Практики</i>	<i>Их содержание</i>
1. Порождающие негативные стереотипы относительно старости и старения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Большинство пожилых людей не могут о себе позаботиться. 2. Пожилые люди только сидят, смотрят телевизор или спят. 3. Пожилые сотрудники непродуктивны и занимают места молодых специалистов.
2. Оценивающие старость с рациональных позиций продуктивности и результативности	Пожилой человек представляется в роли бесполезного «нахлебника», жизненный опыт которого расценивается как устаревший и неприемлемый в текущее время

3. Конструирующие социальную действительность таким образом, что пожилые люди усваивают эти стереотипы, начиная воспринимать их как норму	Пожилые люди действительно становятся такими, какими им навязывает быть общество — беспомощными, зависимыми, ворчливыми, пассивными, чувствуя себя ненужными и самоизолируясь из общественной жизни и межличностной коммуникации. Активная (успешная) старость воспринимается как исключение, а пассивная и болезненная — как некая норма
---	---

И все же не стоит выстраивать психологический портрет пожилого человека, исходя исключительно из таких негативных характеристик. Исследования отечественных и зарубежных ученых свидетельствуют о многообразии проявлений позитивного отношения пожилых людей к себе и окружающей социальной действительности, реализующих себя в следующих типах успешного старения:

Типы	Характеристика
1. Активная творческая старость	Пожилые люди ведут активный образ жизни, продолжают работать, участвуют в общественной жизни
2. Комфортная старость	Энергия человека направляется на реализацию собственных интересов (хобби) — спорт, чтение, посещение театров
3. Семейная старость	Человек погружается в заботу о членах своей семьи — детях, внуках и если эта забота принимается позитивно, то он находит в ней и смысл жизни и счастье

Современная модель старости предполагает, что в фокусе заботы семьи, государства и общества находится уникальная индивидуальность пожилого человека как личности, учитывающая такие позитивные явления «третьего возраста», как:

- возникновение глубокой предрасположенности к логико-созерцательному осмыслинию содержания важнейших аспектов социального бытия;

- более рациональное использование физического и духовного потенциала;
- переориентация мировоззренческих установок на непреходящие категории морали, нравственности, общечеловеческих принципов гуманизма и переход к коэволюционному типу мировоззрения;
- альтруистическое стремление передать свой богатый социальный опыт и знания более молодым поколениям;
- стабилизирующая роль старшего поколения в процессах социального бытия.

Важную роль в смягчении негативного отношения к процессам старения и неизбежного когнитивного снижения играет *психологическая мотивация*, требующая соответствующих навыков общения с пожилым человеком как со стороны его близких, так и со стороны работников социальной сферы.

Ниже приведены 5 основных способов поощрения мотивации пожилых людей:

	<i>Способы</i>	<i>Удовлетворяемые потребности</i>	<i>Основное содержание</i>
1	Ставьте немногочисленные, но достижимые цели	Независимость, дружеское общение, чувство безопасности и самоуважения	Ориентация на достижение поставленных целей полезна для пожилых людей, так как целеустремленность порождает чувство гордости за свои достижения. Ежедневно ставьте несколько целей, будь то приготовление вкусного блюда, соответствующая сервировка стола, посильная работа в саду, просмотр видеороликов и их анализ или что-то столь же простое, как выпить стакан сока.

			<p>Содействуйте и помогайте в пути, подбадривайте на каждом шагу и не скупитесь на комплименты, когда задание выполнено. Наше тело, как и голос, может выразить как агрессию, так и симпатию. Для пожилых людей очень важно прикосновение, ведь у них гораздо меньше сенсорных ощущений, с возрастом они снижаются так же, как вкус, слух и т.д. Многим пожилым людям не хватает, во-первых, тепла, которое мы передаем с рукопожатием или объятиями, и, во-вторых, сенсорных ощущений, помогающих осознать границы их тела. Некоторые психологи считают, что при разговоре с пожилым важно смотреть в глаза, но не всегда это правильно, это может быть воспринято как проявление агрессии. Лучше всего выбрать точку, например, на уровне подбородка собеседника, если вы понимаете, что взгляд глаза в глаза раздражает. Но если вы стоите, а собеседник сидит или лежит, то важно, чтобы ваше лицо было на одном уровне с ним</p>
2	Слушайте истории и поощряйте самоидентификацию	Дружеское общение, эмоциональная безопасность	<p>У пожилых людей есть увлекательные жизненные истории, надо только найти благодарного слушателя. Каждый пожилой человек когда-то был молод и полон энергии, страстей, амбиций и мечтаний, его молодые годы были полны приключений. Многие пожилые люди были бы рады поделиться историями из своей жизни, показать фотографии и памятные предметы, вспомнить о славе своего прошлого.</p>

			<p>Окружите пожилого человека положительными «якорями» памяти, такими как фотографии, вырезки из газет и журналов, «трофеи» (грамоты, награды и др.). Эти предметы увеличивают богатство жизненной среды пожилых людей и послужат легкими темами для разговора. Задавайте вопросы и слушайте истории, пусть они будут сбивчивыми и туманными. Поощрение пожилого человека к воссозданию своей биографии путем изложения устной и/или письменной истории является прекрасной формой психологической поддержки, поддерживающей когнитивную, эмоциональную и социальную активность, повышающей самооценку и поднимающей настроение. Слушая рассказы, задавайте вопросы, чтобы воссоздать яркие детали их воспоминаний. Наблюдайте, как лицо загорается, а улыбка становится шире, когда пожилой человек делится своей историей</p>
3.	Поощряйте использование современных технологий	Независимость, безопасность, дружеские связи	<p>Интернет и социальные сети рождают новые перспективы для пожилых людей, давая возможность общаться с близкими и друзьями с помощью информационно-коммуникативных технологий. В свою очередь, семья и друзья часто находят такие связи более удобными и менее стрессовыми.</p>

			Онлайн-общение предоставляет возможность регулярно «проверять» физическое, умственное и эмоциональное благополучие пожилого человека. Конечно, оно не может заменить ту физическую и эмоциональную близость, которая возникает при личном общении, но многие пожилые люди чувствовали бы себя гораздо более одинокими без социальных сетей
4.	Провоцируйте чувство полезности	Независимость, дружеское общение, безопасность	Многие когнитивно-активные пожилые люди хотят чувствовать себя полезными, даже если их физические возможности ограничены. Определите и представьте разговорные темы и/или задачи, в которых пожилой человек может чувствовать себя желанным и нужным. Например, спросите совета по важным практическим вопросам, узнайте мнение по поводу тех решений или действий, которые вам необходимо предпринять. Общайтесь с пожилыми людьми, как с мудрыми наставниками. Не думайте, что пожилой человек ничего не понимает в современных технологиях или тех новинках, которые появляются на рынке. В молодости у многих пожилых людей было и увлечение фотографированием, и радиолюбительство, и «погоня» за новинками музыкальной индустрии. Воссоздайте атмосферу прошлого опыта в познании современных технологических новшеств

5.	Поощряйте адаптивные и гибкие навыки преодоления трудностей	Независимость, достоинство, безопасность	<p>По мере того, как пожилой человек испытывает возрастающие когнитивные и/или физические ограничения, развивайте различные типы навыков выживания, чтобы помочь ему адаптироваться к новым условиям своего существования, максимально сохранив при этом чувство собственного достоинства. В том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определите ряд малых, но выполнимых целей; - разбейте поставленные задачи на маленькие шаги, чтобы их легче было выполнить; - помогите определить более реалистичные цели; - помогите выбрать альтернативные способы достижения целей; - позвольте делать то, что пожилой человек может и умеет, помогая ровно настолько, чтобы достичь поставленной цели
----	---	--	---

Наиболее частыми нарушениями эмоциональной и когнитивной сферы в пожилом возрасте являются депрессия и деменция:

Наблюдаемые симптомы депрессии	Наблюдаемые симптомы деменции
Умственное снижение происходит относительно быстрое	Снижение умственного развития происходит медленно
Пожилой человек знает точное время, дату и где находится	Пожилой человек сбит с толку иdezориентирован, блуждает в знакомых местах
У пожилого человека трудности с концентрацией внимания	У пожилого человека проблемы с кратковременной памятью (не помнит, что было вчера)
Речевые и моторные навыки медленные, но нормальные	Наблюдаются явные нарушения речи, письма и моторных функций
Пожилой человек замечает проблемы с памятью и беспокоится об этом	Пожилой человек не замечает проблем с памятью и не заботится об этом

1.3.2. МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕПРЕССИИ (РЕЖИМ ДНЯ, ПИТАНИЕ, ЗОЖ, ОБЩЕНИЕ, АКТИВНОСТЬ, ПОДДЕРЖКА И ПР.). ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Депрессия — это достаточно распространенное психическое расстройство, которое на продолжительное время выводит человека из его эмоционального равновесия, значительно ухудшая качество его жизни, сказываясь на характере личных и семейных отношений, общем жизненном тонусе показателях трудовой деятельности и пр. Как правило, депрессия становится ответной реакцией на отрицательное событие или психологическую травму (например, потеря близкого человека и др.).

От депрессии страдает более 350 миллионов человек всех возрастных групп. Депрессия является основной причиной инвалидности в мире и вносит значительный «вклад» в глобальное бремя болезней. По прогнозам, к 2020 году депрессия выйдет на первое место среди всех заболеваний. Считается, что женщины в большей мере подвержены депрессии, чем мужчины. Депрессия может развиваться постепенно, и многие люди пытаются справиться с ее симптомами депрессии, даже не понимая, что они больны. Иногда заподозрить развитие депрессии могут друзья или близкие.

Природа происхождения депрессии различна. В целом, депрессия является многофакторным психическим расстройством, предрасположенность к которому определяется воздействием широкого спектра психологических, социальных, нейрохимических и наследственных факторов и их взаимодействием между собой.

В частности, выделяют:

1. *Психогенную (или экзогенную) депрессию*, возникающую как реакция организма на конкретное стрессовое событие.

2. *Эндогенную депрессию*, развивающуюся на фоне генетической предрасположенности (согласно результатам близнецовых исследований, коэффициент наследуемости депрессии составляет 29-46% для различных депрессивных расстройств).

3. *Невротическую депрессию*, характерными признаками которой становятся навязчивые, астенические или истерические проявления. Данный вид депрессии сочетает в себе неуверенность в принятии решений, резкие вспышки бескомпромиссности и чувство недооцененности, особый стиль негативного мышления индивида, для которого присуще сосредоточение на отрицательных аспектах жизни. Способствуют развитию невротической депрессии конфликтный характер детско-родительских взаимоотношений в прошлом или большое число стрессовых событий в личной жизни. Достаточно широко распространена точка зрения, согласно которой невротическая депрессия является причиной или следствием сознательного подавления гнева и/или агрессии.

4. *Циркулярную депрессию*, являющуюся реакцией на сезонные изменения. Примером циркулярной депрессии служит так называемая «осенняя депрессия», вызванная изменением количества света, атмосферными колебаниями и изменениями гормонального фона.

Как бы то ни было, результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что развитие депрессии прямо или косвенно связано с индивидуальной реакцией человека на факт существования определенного психического расстройства и вызванную им социальную дезадаптацию.

Симптомы депрессии можно разделить на 3 большие группы:

1. Психологические симптомы депрессии

- постоянное плохое настроение или чувство печали;
- ощущение безнадежности и беспомощности;
- низкая самооценка;
- плаксивость;

- постоянное чувство вины;
- раздражительность и нетерпимость по отношению к окружающим;
- отсутствие мотивации или интереса к любым вещам (апатия);
- затруднение в принятии решений;
- отсутствие удовольствия от жизни;
- чувство беспокойства и волнения;
- присутствие суицидальных мыслей или мыслей о нанесении себе физического вреда.

2. Физические симптомы депрессии

- замедление движений и речи по сравнению с обычным темпом;
- изменения в аппетите или весе (обычно снижение);
- запор;
- необъяснимые боли (неясной симптоматики);
- отсутствие сексуальной энергии или интереса к сексу (утрата либидо);
- изменение менструального цикла (в том числе, менопауза);
- нарушения сна (сложности с засыпанием по ночам или ранние пробуждения по утрам, снохождение и пр.).

3. Социальные симптомы депрессии

- снижение работоспособности;
- редкое участие в общественной жизни, желание избегать общения с друзьями;
- пренебрежение хобби и интересами;
- затруднения в быту и в семейной жизни.

Если Вы ощущаете некоторые из этих симптомов *большую часть дня, ежедневно на протяжении двух недель и дольше*, то следует обратиться за помощью к врачу. Для того чтобы определить, имеются ли у Вас признаки депрессии и тревоги, Вы можете пройти предлагаемый ниже тест «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS, см. п. 2.1.6).

Помимо названных выше симптомов депрессии, в качестве ее проявлений также называют: замедленность движений, длительные паузы при речевых ответах, приблизительные ответы, ответы по типу «я не знаю», «я не помню», дезориентацию, сниженное внимание, отвлекаемость, дефицит в запоминании новой информации, недостаточную способность к обобщениям при осознании своих когнитивных затруднений и др.

Депрессия в пожилом возрасте (так называемая *«поздняя депрессия»*), согласно данным медицинской статистики, составляет 12-15% в общем объеме регистрируемых случаев, однако нужно иметь в виду, что сама проблема поздней депрессии, как правило, недооценивается как медицинскими работниками, так и родственниками пожилых людей. Нередко симптомы недомогания объясняются «плохим» характером, соматическими или неврологическими заболеваниями, хотя именно депрессия в значительной степени обуславливает плохое самочувствие, более частые обращения к врачу, вызовы скорой помощи и госпитализации. С другой стороны, депрессия воздействует на субъективное состояние пожилого человека: в жалобах доминирует несостоятельность в когнитивной сфере (в первую очередь, на проблемы с памятью). Нередко отмечается тенденция к преувеличению тяжести своих когнитивных расстройств. При этом может определяться несоответствие между предъявляемыми жалобами и сохранностью когнитивных функций.

Появление депрессии в пожилом возрасте обусловлено, по крайней мере, двумя группами факторов, тесно между собой связанными — психосоциальными и биологическими.

К *«психосоциальным* факторам развития депрессии в пожилом возрасте относятся возрастающие затруднения в профессиональной деятельности или профессиональная невостребованность, семейные проблемы (кончина близкого человека, синдром «пустого гнезда», одиночество, конфликтные отношения с близкими людьми и пр.), материальные проблемы (снижение

социально-экономического статуса после выхода на пенсию, низкий прожиточный уровень, зависимость от других).

Кроме того, пожилые люди могут подвергаться плохому обращению, включая физическое, сексуальное, психологическое, вербальное, экономическое и материальное насилие, заброшенность, оставление без внимания, а также серьезное пренебрежение к человеческому достоинству и неуважение. Имеющиеся на сегодняшний день данные позволяют предположить, что каждый десятый пожилой человек подвергается плохому обращению. Плохое обращение с пожилыми людьми может вызывать не только физический ущерб, но и также серьезные, подчас долговременные, психологические последствия, включая депрессию и тревогу.

К *биологическим* факторам развития депрессии в пожилом возрасте относится снижение функциональных возможностей здоровья, связанные с ограниченной мобильностью, хроническими болями, дряхлостью или другими проблемами, в силу которых пожилым людям требуется та или иная форма долгосрочного ухода. Самые разные процессы в мозге могут способствовать возникновению поздней депрессии, включая сосудистые заболевания головного мозга и болезнь Альцгеймера.

Таким образом, психическое здоровье оказывает воздействие на физическое здоровье и наоборот.

Депрессию относят к факторам риска прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний. Например, у лиц старше 65 лет при наличии депрессии частота инсульта возрастает в 2,3-2,7 раза. Показано, что депрессия повышает риск развития когнитивных сосудистых нарушений, повторного инсульта даже после контроля других факторов риска (гипертонической болезни, диабета, ишемической болезни сердца, курения).

Депрессия и когнитивные расстройства — факторы, ухудшающие течение каждого заболевания. В пожилом возрасте депрессия является известным фактором риска развития когнитивных нарушений и деменции. *Стресс*

и депрессия, способствуя морфологическим изменениям в мозге (уменьшение серого вещества, поражение белого вещества), *увеличиваю*т вероятность развития когнитивных расстройств.

Иными словами, если не лечить депрессию у пожилого человека, то это может негативно воздействовать на последующий трагический исход физической болезни.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Депрессия в пожилом возрасте часто сопутствует сосудистым и дегенеративным заболеваниям центральной нервной системы.
2. Характерными особенностями депрессии в пожилом возрасте являются выраженные когнитивные нарушения, в последующем зачастую приводящие к деменции.
3. У больных депрессией в пожилом возрасте обнаруживают очевидные нарушения серого и белого вещества головного мозга.

В то же время всякую болезнь, в том числе и депрессию, всегда легче предупредить, чем лечить уже выраженные нозологические формы. В этой связи актуальной в пожилом возрасте является проблема профилактики депрессии и, в целом, состояний тревоги и стрессов.

Методы профилактики депрессии:

<i>Методы</i>	<i>Содержание</i>
1. Правильный режим дня, отдыха и сна	Соблюдение режима дня очень полезно. Организм — система самоорганизующаяся, отклонения от привычного режима могут привести к сбоям в функционировании тех или систем, различного рода нарушениям. Взрослый человек должен спать не менее 8 часов в день (существует также мнение, что <i>в пожилом возрасте следует спать столько, сколько требует организм</i>). Народная мудрость о том, что «сон — лекарство от всех болезней», не утрачивает своей актуальности. Во сне «отдыхают» органы и системы, восстанавливаются ресурсы, накапливается энергия для следующего дня

Проблемы со сном могут увеличить риск первоначального развития депрессии, а постоянные проблемы со сном также могут увеличить риск рецидива у людей, которые успешно лечились от депрессии.

Выполнение некоторых из следующих шагов поможет лучше спать, улучшить настроение и уменьшить некоторые проблемные симптомы депрессии.

1. Следует поговорить с психотерапевтом (медицинским психологом): существует несколько различных видов терапии, которые помогают справиться с депрессией и изменить представление о сне. Психотерапевтические модели, такие как когнитивно-поведенческая терапия (КТП), межличностная психотерапия и психодинамическая терапия, помогут обработать скрытые чувства и проблемы, которые способствуют развитию депрессии. Специалисты в области психического здоровья также могут предложить конкретные изменения в поведении, чтобы смягчить некоторые симптомы депрессии и дать механизмы преодоления беспокойных бессонных ночей.

2. Необходимо соблюдать регулярное время сна / бодрствования: депрессия может затруднить соблюдение распорядка дня. Постоянное время отхода ко сну и бодрствования выделяет необходимые 7-9 часов для сна и дает телу возможность выспаться. Кроме того, установление строгого распорядка дня дает телу сигнал, чтобы успокоиться и подготовиться ко сну.

3. Следует устраниить отвлекающие факторы: перед тем как лечь в постель, можно принять ванну, чтобы расслабиться, почитать книгу, послушать тихую, спокойную музыку; не следует смотреть телевизор или смотреть на яркий экран компьютера в постели (выключите эти устройства, по крайней мере, за час до предполагаемого отхода ко сну).

4. Стоит использовать возможность вздремнуть днем: исследования показывают, что идеальная продолжительность дневного сна составляет от 10 до 20 минут, что обычно называется «энергетический сон». Такой краткий сон помогает регулировать эмоции, уменьшить сонливость и привести к общему повышению производительности. Однако важно, чтобы сон был относительно коротким. Сон продолжительностью более 20 минут может повлиять на последующую способность заснуть вечером, а сон короче 10 минут просто недостаточен для получения преимуществ от сна.

2. Правильное (здравое, рациональное) питание

Нередко предпосылками возникновения депрессивных состояний являются те или иные соматические заболевания, нарушения в деятельности органов пищеварения. Регулярное, сбалансированное питание — залог физического и психологического здоровья

К сожалению, **не существует** конкретной диеты, которая бы снимала симптомы депрессии или препятствовала бы их появлению. Тем не менее, здоровая диета здесь необходима. Человеческие тела вырабатывают молекулы, называемые свободными радикалами, которые могут привести к повреждению клеток, старению и другим проблемам, в том числе связанным с последующими когнитивными нарушениями.

Хотя полностью остановить свободные радикалы невозможно, можно уменьшить их разрушительное воздействие, употребляя в пищу продукты, богатые антиоксидантами, в том числе содержащие:

- бета-каротин — абрикосы, брокколи, дыня, морковь, капуста, персики, тыква, шпинат, сладкий картофель;
- витамин С — черника, брокколи, грейпфруты, киви, апельсины, перец, картофель, клубника, помидоры;
- витамин Е — орехи, растительные масла, зародыши пшеницы.

Следует ограничить употребление «простых» углеводов, содержащихся в сладких продуктах (пирожном, печенье, тортах).

Следует выбирать продукты, содержащие «кумные», или «сложные», углеводы, например, цельно-зерновые — хлеб из обойной пшеничной или ржаной муки, цельно-зерновые макаронные изделия, овсяные, ячменные, ржаные хлопья, каши и прочие блюда из неочищенных зерен, муки и круп. Такие продукты, как индейка, тунец и курица, содержат аминокислоту триптофан, которая помогает в выработке серотонина, способствующего регуляции различных физиологических параметров организма и нормализации настроения, сна, полового и пищевого поведения.

Хорошими источниками полезных белков являются также фасоль и горох, нежирная говядина, нежирный сыр, рыба, молоко, соевые продукты и йогурт.

Наконец, не нужно забывать о сервировке стола. Нельзя есть в спешке, между делом, заедая депрессию.

3. Здоровый образ жизни

Алкоголизм, наркомания, злоупотребление лекарственными препаратами являются факторами риска возникновения депрессивных расстройств. Более того, само употребление психоактивных веществ часто сопровождается депрессией.

Следует не злоупотреблять алкоголем: конечно, выпить бокал вина, когда вы в стрессе или вам грустно, — это одно, но когда вам нужен алкогольный допинг всякий раз, когда возникает проблема, это может быть признаком злоупотребления алкоголем.

Алкоголь — депрессант. Это означает, что любое количество выпитого может повысить вероятность того, что у вас начнется хандра, легко ведущая к депрессии. Когда человек пьет слишком много, у него гораздо больше шансов принять неправильное решение, действуя необдуманно и импульсивно, например, испортив отношения с близкими людьми. Когда это произойдет, вы с большей вероятностью почувствуете себя подавленным, особенно если ваши гены запрограммированы на депрессию.

При появлении депрессивных расстройств (например, при проблемах с засыпанием) может возникнуть соблазн выпить на «сон грядущий», чтобы способствовать расслаблению и появлению чувства сонливости. Однако алкоголь пагубно влияет на сон: даже умеренного употребления алкоголя достаточно, чтобы нарушить цикл сна и сократить период быстрого сна.

4. Общение с родными и близкими	Прогулки в парке с семьей, совместные выходы в кино, театр. Профилактикой депрессии являются доверительные отношения в семье
---------------------------------	--

Пять универсальных способов помочь пожилому человеку, страдающему депрессией:

1. Сострадание — является ключом к тому, чтобы помочь человеку излечиться от *депрессии* (будь это даже побуждение сделать что-то, что может помочь справиться с болезнью, например, просто помыть посуду). Вы можете побудить пожилого человека рассказать о своих чувствах или дать понять, что вы полностью понимаете, если они пока не хотят открываться. Заверьте их, что их положение улучшится, и дайте им знать, что вы здесь, чтобы поддержать их, несмотря ни на что.

2. Понимание — человек, находящийся в депрессии, переживает трудные времена, и его поведение может казаться беспорядочным и непредсказуемым (например, он может вести себя раздражительно или безрассудно, и такое поведение может быть неправильно понято другими). Не всегда легко иметь дело с негативом, враждебностью и капризностью, которые идут рука об руку с депрессией, поэтому важно не принимать на свой счет, не винить, а попробовать успокоить пожилого человека, сделав все возможное, чтобы обеспечить его безопасность. Будьте терпеливы к нетипичному поведению, причинами которого могут оказаться бытовые мелочи или неудобства (например, слишком пресная, с точки зрения пожилого человека, еда и пр.).

3. Вы — не профессиональный психолог. Не следует начинать диагностировать или пытаться давать советы, выходящие за рамки ваших знаний. Просто слушайте пожилого человека, верьте всему, что он вам говорит, и давайте понять, что вы его любите и поддерживаете на каждом этапе жизненного пути. Немедленно обратитесь за помощью к специалисту, если ваш подопечный высказывает мысли о суициде, не выражает желания поправиться или вы чувствуете, что ему грозит какая-либо опасность. Поддержка человека, страдающего депрессией, может вызывать стресс и разочарование, поэтому будьте осторожны, чтобы не пренебрегать и своими потребностями. Очень важно уделять время тому, чтобы позаботиться о себе: поговорите с другими о том, что вы чувствуете.

4. Терпение — выход из «поздней депрессии» может занять время. Эта болезнь для многих пожилых людей превращается в постоянную битву за свою жизнь, поэтому будьте готовы к рецидивам. Важно помнить, что даже если они начали лечение, может пройти много времени, прежде чем они действительно начнут чувствовать себя лучше. Что им действительно нужно на данный момент, так это ваша искренняя любовь и поддержка. Покажите им, как сильно вы заботитесь, выслушивая их и ценя такими, какими они на самом деле и являются.

5. Проводите с ним время: у человека с депрессией могут быть как хорошие, так и плохие дни. Пожилой человек может проявлять меньший интерес к тому, что ему раньше нравилось, и не всегда испытывать желание выходить на улицу. Но если он действительно хочет проводить с вами время, попробуйте увлечь его тем, что вам обоим раньше нравилось, не нарушая сложившейся зоны комфорта. Точно так же помните, что иногда пожилой человек просто хочет, чтобы его оставили в покое, и это тоже нормально. Просто проверяйте регулярно, отправляя им сообщения, что вы готовы помочь им, когда и если вы ему понадобитесь.

5. Физическая активность	Физические упражнения (например, прогулки перед сном) приносят как физическую, так и психологическую пользу, включая большую удовлетворенность жизнью, хорошее настроение и психическое благополучие, смягчение проявлений психологической тревоги и симптомов депрессии, снижение артериального давления, улучшение работы сердца
--------------------------	--

1. Прогулка на улице: один из самых простых способов улучшить сон — это провести время на улице на закате. Воздействие солнечного света регулирует внутренние часы нашего тела («циркадные ритмы») и дает сигналы, когда нужно бодрствовать, а когда спать. Когда солнце садится, наши тела производят мелатонин, вызывающий сонливость и способствующий засыпанию. Время на улице может быть простым и эффективным способом активировать естественные химические вещества в нашем мозгу, которые способствуют качественному сну.

2. Физические упражнения на свежем воздухе. Те, кто занимается легкими или умеренными упражнениями, как правило, сообщают о хорошем или удовлетворительном качестве сна. В то же время при наличии депрессии следует совершать физические тренировки *в течение первой половины дня*, так как вечерние упражнения могут помешать заснуть.

6. Социальная поддержка	Пожилой человек нуждается в поощрении своих действий со стороны своих близких — родных, друзей, коллег
-------------------------	--

Желательно чаще подтверждать правильность действий и поощрять успехи. Можно попросить собеседника рассказать о его родственниках, детстве, местах, где он жил в юности, о прошлой работе, интересах. Поставьте музыку, которая ему нравилась в молодости, и не следует думать, что таковой обязательно будет «классика» (молодость современных пожилых людей пришла на эпоху расцвета рок-н-ролла и рок-музыки, вот и напомните вашему подопечному об этой прекрасной эпохе, когда краски были ярче и жизнь была ключом). Хорошо вместе рассматривать старые фотографии мест, где он родился, жил, трудился, особенно те, на которых он изображен в силе, при исполнении социально значимой работы. Это всегда способствует повышению самоуважения пожилого человека

7. Время для себя	Необходимо находить время для своих увлечений, интересов, любимых книг или встреч с друзьями. Положительные эмоции — основной фактор в профилактике депрессии
-------------------	---

1. Исследование своих мыслей: если негативные мысли постоянно «крутиются» в голове, как плохой фильм, их необходимо записать. Таким образом, можно сделать шаг назад и спросить, верны ли они. Прочитав записанное, возможно обнаружить слишком жесткое обращение к себе. Кроме того, следует замечать, когда возникают негативные мысли. Затем противопоставлять этому положительную мысль — или переключать внимание на что-нибудь другое, например, на выработку здоровой привычки.

2. Самонаблюдение. Осознанное наблюдение за собой предполагает внимание к событиям настоящего вместо упорных размышлений о прошлом, будущем, собственных желаниях, своей ответственности или поводах для личного сожаления. Последнее может увлечь человека с депрессивными симптомами в своеобразный эмоциональный шторм. Существует множество разновидностей практики осознанного наблюдения. Широко распространена практика, когда человек сидит или лежит в спокойном состоянии и концентрируется на своих ощущениях или дыхании. Осознание физического движения при прогулке также помогает некоторым людям.

3. Медитация: ежедневная тренировка тела для достижения состояния расслабления может привести к улучшению настроения, снижению артериального давления, улучшению пищеварения и снижению повседневного стресса. Техника релаксации заключается в безмолвном повторении слова, звука или фразы — возможно, имеющей для вас особое значение — в тихом месте, где вас никто не отвлекает, и предпочтительно лежа с закрытыми глазами в течение 10-20 минут. Расслабьтесь мышцы, начиная со ступней и заканчивая лицом. Дышите через нос свободно и естественно. Во время сеанса следует игнорировать второстепенные заботы / мысли или отбрасывать их в меру своих возможностей, сосредоточившись на звуке, слове или фразе. Не следует ставить будильник. Когда вы закончите, оставайтесь сидеть, сначала с закрытыми глазами, а затем с открытыми, и постепенно позвольте своим мыслям вернуться в повседневную реальность.

Конечно, профилактика депрессии должна быть основана на индивидуальном подходе и учитывать ту ситуацию, в какой пребывает пожилой человек. Легко сказать, что следует исключить потребление алкоголя. Но можно обратиться к программе снижения вреда.

Например, британские специалисты еще в 1990-е годы предложили систему «14 единиц алкоголя в неделю». Одна единица равна 10 мл или 8 г чистого спирта, что примерно означает, что в течение часа, теоретически, в крови взрослого человека должно быть мало или совсем не должно быть алкоголя, хотя это будет варьироваться от человека к человеку. Например, полулитровая бутылка пива содержит около 2 единиц алкоголя — примерно столько же, сколько содержится в небольшом бокале сухого вина.

Особую важность в профилактике и лечении депрессии имеют психологическая поддержка пожилых людей и соответствующее психотерапевтическое воздействие.

Диагноз «депрессия» ставится в том случае, если симптомы сохраняются более двух недель. Следует помнить, что чем раньше верный диагноз будет поставлен, тем больше вероятность скорейшего выздоровления.

Современные подходы к лечению депрессий предполагают комбинацию разных методов — терапии биологической (как не медикаментозной, так и медикаментозной) и психотерапии. При проявлениях депрессии назначается медикаментозное лечение. Антидепрессанты считаются основным классом препаратов, предназначенных для лечения депрессий.

Психотерапия — это не альтернатива, а дополнение к медикаментозному лечению данного заболевания. Здесь в процессе лечения значимая роль отводится самому человеку. Всемирной организацией здравоохранения наиболее эффективными в психотерапии признаны 4 подхода:

- когнитивная поведенческая терапия (КПТ);
- консультирование (или терапия, направленная на решение проблем);
- поведенческая активация;
- реминисцентная терапия.

Эти подходы ориентированы на психологическую коррекцию эмоциональных состояний у пожилых людей для усиления их способности к изменению отношения к самому себе, переоценки и объективной оценки своего внутреннего опыта и выработки позитивных моделей поведения.

Подходы	Содержание
1. Когнитивная поведенческая терапия (КПТ)	В основе КПТ лежит утверждение, что лица с депрессивными симптомами могут страдать от искаженных негативных представлений, не подтвержденных реальностью, которые, будучи оставленными без внимания, приводят к вредным для здоровья формам поведения.

	<p>В терапии имеется как когнитивный компонент (пожилому человеку предлагается развить способность выявлять и сомневаться в негативных представлениях), так и поведенческий компонент — содействовать развитию полезных форм поведения и снижать проявления вредных.</p> <p>Этапы КПТ могут включать в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) определение жизненных проблем; (2) осознание мыслей, эмоций и убеждений, относящихся к этим проблемам; (3) определение негативных или недостоверных представлений; (4) перенаправление представлений в более реалистичное русло.
<p>2. Консультирование (или терапия, направленная на решение проблем)</p>	<p>У лиц, страдающих от депрессивных симптомов, необходимо рассмотреть возможность применения подхода, ориентированного на решение проблем (в отсутствие установленного диагноза депрессивного эпизода или расстройства).</p> <p>В рамках терапии, направленной на решение проблем, человеку предлагается непосредственная и практическая помощь. Медицинский работник, выступающий в роли терапевта, и пожилой человек совместно выявляют и анализируют основные поводы для беспокойства, которые подпитывают существование депрессивных симптомов. Намечая пути решения конкретных проблем и подбирая стратегии совладающего поведения, они стремятся сообща представить эти поводы как серию конкретных посильных задач</p>
<p>3. Поведенческая активация</p>	<p>Предполагает стимулирование участия человека в мотивирующей деятельности как способ снизить выраженность депрессивных симптомов.</p> <p>Этот вид терапии исследует поведенческие паттерны пожилого человека, чтобы понять, почему он или она находится в депрессии, а также те действия, которые мешают нормально и удовлетворительно функционировать в обществе. Следующим шагом становится обнаружение деятельности, которая ему нравится и в которой он находит удовлетворение и удовлетворение.</p>

	<p>Неспециалисты могут освоить этот подход, тем самым увеличивая доступность помощи при депрессивных симптомах. В типичном сеансе поведенческой активации терапевт и «пациент» могут составить список приемлемых, позитивных действий. Затем терапевт помогает пациенту выбрать определенное количество этих видов деятельности для включения в повседневную жизнь. Пациент может выбрать один или два вида деятельности в первом сеансе, а затем удвоить или утроить число через несколько недель. Суть в том, чтобы помочь перестроить эмоциональное состояние пожилого человека, поддерживая его положительным опытом</p>
4. Реминисцентная терапия	<p>Предполагает припоминание и оценку человеком своего прошлого с целью достижения чувства умиротворенности и принятия опыта жизни. Этот вид терапии позволяет увидеть собственный жизненный опыт в широком контексте и с новой силой вспомнить о друзьях и близких людях.</p> <p>Реминисцентная терапия может помочь в лечении депрессии у пожилых людей, а также помочь людям, находящимся на конечной стадии жизни. В ходе реминисцентной терапии терапевт может делать акцент на теме общечеловеческих ценностей либо адресоваться к воспоминаниям об определенных периодах жизни человека, например, когда тот был ребенком, родителем, дедушкой или бабушкой либо активно работал</p>

В жизни пожилого человека встречаются обстоятельства, насыщенные разнообразными эмоциями и переживаниями, такие как страх, чувство обиды, вина, тревожность, злоба, беспомощность, переживание горя, утраты и др., являются предвестниками снижения когнитивных способностей личности. В рамках психотерапии эти состояния получили название **«Экзистенциального кризиса»** («кризиса самопринятия»). Психотерапевтическое воздействие в данном случае направлено на формирование новых качеств личности через развитие адекватной структуры мотивов в условиях психотерапевтического процесса.

В частности, адаптированным для пожилых людей с мягким когнитивным снижением является *метод когнитивной психодрамы*, основанный на психотерапевтическом воздействии, которое оказывает специально организованный процесс чтения по ролям художественного произведения. В процессе чтения создаются условия для побуждения участников группы к импровизационным замечаниям для самопроизвольного раскрытия внутреннего мира пожилого человека, его чувств, переживаний, имеющих непосредственное отношение к возникшим у него проблемам, путем интерпретации действий героев читаемого произведения и их *«переноса»* на собственные жизненные ситуации.

Применение метода когнитивной психодрамы, помимо чисто психотерапевтических задач преодоления депрессии, направлено также на профилактику когнитивного снижения посредством поддержания и тренировки навыков чтения, концентрации внимания на сюжете, развития способностей к направленному размышлению о характере героя, установлению причинно-следственных связей событий и эмоциональных переживаний, обобщению и формулированию выводов.

Проживая важные и значимые ситуации, представленные в художественном произведении, пожилой человек по-новому осознает суть проблемы, варианты своего реагирования, отношение к событиям, ценностям, конкретным делам, открывая новые возможности построения отношений с близкими людьми, обществом в целом и самореализации.

Центральным звеном когнитивной психодрамы является «инсайт» — внезапное осознание ситуации, понимание собственной роли в ее развитии, когда каждый участник соотносит себя с определенной группой героев или ситуацией. Высказывание участника рассматривается как действие, основанное на импровизации, в основу которой положены характер героя разбираемого произведения и жизненный опыт пожилого человека. Именно в

такой, щадящей, форме происходит запуск механизма разрешения кризиса самопринятия, когда чувственное переживание развивается через актуализацию внутренних конфликтов, присутствующих в его жизни.

В процессе обсуждения участники, воспринимая созвучные собственным переживаниям высказывания членов группы, буквально объединяются с ними в дружеские союзы. Этот феномен также является значимым достижением общего процесса социально-психологической реабилитации. Психодраматическое прочтывание ролей способствует изменениям в поведении участника, его отношениям к проблеме, осознанию собственных деструктивных установок и расширению палитры позитивных способов эмоционального реагирования на сходные ситуации в реальной жизни. Высказывания участника не ограничиваются рамками, заданными автором произведения.

Напротив, обеспечивается широкое пространство для применения и интерпретации личного жизненного опыта.

Выбор произведения определяется значимостью описываемого сюжета в жизни каждого участника группы на основании результатов клинической беседы медицинского психолога совместно с врачом-психотерапевтом. За распределение ролей отвечают сами участники, которые самостоятельно выбирают роли, образы героев читаемого произведения, интонации, выстраивая причинно-следственные связи поступков персонажей. Задача психолога, ведущего тренинг, — наблюдать за соблюдением правил поведения в группе и задавать вопросы, стимулирующие активность выражения переживаний и умозаключений в процессе чтения произведения. Кроме того, психолог должен уметь контролировать время высказывания каждого из участников и в корректной форме направлять или останавливать речь участника группы, когда содержание высказывания не соответствует поставленной перед ним задаче. В каждой психотерапевтической группе (8-10 чел.) разбирается только одно произведение.

Рекомендуемыми темами к обсуждению являются:

1. Проблема одного человека — посредством анализа действий одного героя произведения (король Лир, волк Акела, Онегин, Снегурочка и др.).
2. Проблемы и конфликты, возникающие при взаимодействии нескольких героев, — посредством анализа побуждающих мотивов действий (пьесы «Пять вечеров», «Три девушки в голубом», роман «Евгений Онегин»).
3. Проблемы, значимые для всех участников группы: например, воспитание детей («Золушка», «Гамлет, принц Датский»), распределение наследства («Король Лир»), взаимоотношения между поколениями («Снегурочка», «Евгений Онегин», «Сказка о царе Салтане, царевиче Гвидоне и царевне Лебеди» и др.).

Задачи, решаемые в процессе проведения сессии когнитивной психодрамы:

1. Активизация процесса чтения как психической функции: удержание внимания на процессе чтения всего произведения, четкость артикулирования и интонирования при предъявлении эмоциональной составляющей выбранной роли, выделение причинно-следственных связей в отношениях героев, сложившейся ситуации, построение завершенного высказывания.
2. Творческое переосмысление собственных проблем и конфликтов.
3. Выработка новых стратегий поведения на основе понимания участником группы собственных действий и эмоциональных реакций в сходных ситуациях.
4. Преодоление неконструктивных поведенческих стереотипов и способов эмоционального реагирования на проблему.
5. Формирование готовности к новому адекватному поведению и новым способам эмоционального реагирования.

Анализируя ситуацию и героев художественных произведений, пожилые люди охотно рассказывают о тягостных обстоятельствах собственной

жизни и связанных с ними переживаниях. В процессе разбора действий героев произведения происходит формирование достаточной психической гибкости, которая позволяет правильно понять себя и окружающих, способствуя устойчивой положительной адаптации к переменам. Принятие пожилым человеком возможности совершения нового действия определяет развитие навыка объективного отношения к чувству вины (обиды, тревоги), к своим действиям в тех обстоятельствах. Пожилой человек ощущает радость от осознания уверенности в собственных силах для решения других трудных жизненных ситуаций.

1.3.3. МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕМЕНЦИИ (ЗАБОТА О ЗДОРОВЬЕ, ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ, РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ, ТРЕНИРОВКА МОЗГА)

Деменция — синдром, способный появляться при различных болезнях, поражающих клетки головного мозга: нарушаются связи между нервными клетками в коре головного мозга, происходит гибель клеток, что приводит к атрофии участков мозга и дегенерации некоторых его отделов. При деменции человек постепенно утрачивает свои высшие психические функции: память, речь, внимание, интеллект. Больные деменцией становятся раздражительными, капризными, так как происходит повреждение центров, отвечающих за эмоции, в результате чего человеку сложно их контролировать. У больных возникают страхи, тревога, депрессия. При деменции происходит интеллектуальная дегенерация. Человек с трудом читает, пишет. Пожилому человеку с деменцией требуется забота и внимание, так как он становится неспособным выполнять простые действия по самообслуживанию без помощи окружающих. Деменция наиболее распространена среди пожилых людей, но, тем не менее, она может начаться в любом возрасте.

Основными причинами возникновения и развития деменции являются болезнь Альцгеймера, нарушения мозгового кровообращения, черепно-мозговые травмы, алкоголизм, опухоли мозга. Самая распространенная форма деменции — болезнь Альцгеймера. Известны также другие формы болезни: болезнь Пика, сосудистая деменция, деменция с тельцами Леви, лобно-волосочная деменция; различают также смешанные формы деменции. Деменция плохо поддается лечению. В период болезни происходит постепенное ухудшение психического состояния.

Традиционно выделяют три стадии развития деменции:

<i>I стадия</i>	<i>II стадия</i>	<i>III стадия</i>
Признаки		
<ul style="list-style-type: none"> - забывчивость; - потеря счета времени; - потеря ориентации в знакомой местности 	<ul style="list-style-type: none"> - потеря памяти в отношении событий, произошедших недавно и имен людей; - потеря ориентации; - трудность при общении; - неспособность себя обслуживать 	<ul style="list-style-type: none"> - потеря ориентации в пространстве и времени; - трудности в узнавании родственников и друзей; - неспособность ухаживать за собой и обслуживать себя; - неспособность самостоятельно передвигаться; - агрессивность и другие поведенческие изменения

При прогрессирующей деменции наблюдаются:

1. Потеря памяти	пожилой человек легко может забыть дорогу домой, имена близких и названия улиц; ему будет трудно вспомнить, что произошло буквально час назад
2. Раздражительность и кататония	при нейродегенеративных процессах в головном мозге повреждаются центры, ответственные за эмоции, и человек перестает их контролировать; помимо раздражительности также могут наблюдаться страхи, тревожность, депрессия
3. Интеллектуальная дегенерация	человеку становится трудно читать, писать и выполнять в уме даже простые математические операции

4. Беспомощность	по мере прогрессирования слабоумия человек становится не в состоянии заботиться о себе и превращается в инвалида
------------------	--

Пожилой человек, страдающий деменцией, требует круглосуточной заботы и опеки, поскольку самые простые действия, например, умывание или использование туалета, он не способен совершить без чужой помощи.

Кроме того, нарушение памяти и интеллекта могут сделать такого человека опасным для окружающих. Оставшись без присмотра, он способен устроить пожар или затопить квартиру ниже, забыв закрыть кран или выключить газовую плиту.

Для того чтобы определить имеются ли у человека признаки деменции, рекомендуется пройти тест «Краткая шкала оценки психического статуса» (MMSE, см. п. 2.1.4.).

При этом ухудшение психического состояния человека наступает постепенно — по мере прогрессирования заболевания, которое вызвало деменцию, однако это заболевание развивается далеко не у всех, и его наступление можно отсрочить или вообще предотвратить. Чем раньше начаты профилактика и лечение деменции, тем больше шансов притормозить прогрессирующее снижение мыслительных способностей пожилого человека с помощью фармакологических препаратов.

Методы профилактики деменции:

<i>Методы</i>	<i>Содержание</i>
Забота о своем здоровье	У лиц, страдающих сахарным диабетом, шансы на развитие деменции в два раза выше. У курильщиков вероятность развития слабоумия выше на 70%, а у людей с гипертонической болезнью — на 60%. Также подвержены ей люди с лишним весом и имеющие депрессивный характер

Забота о своем здоровье должна включать:

1. *Контролируйте контроль артериального давления и содержания холестерина в крови* (повышение этих показателей приводит к изменениям стенок сосудов, в том числе головного мозга; как следствие, нарушается снабжение нервных клеток кислородом и питательными веществами).
2. *Контролируйте уровень сахара крови* (его избыток отрицательно сказывается на сосудах и нервных клетках).
3. *Откажитесь от курения* (отказ от курения постепенно снижает риск развития инфаркта мозга, после 5 лет воздержания от курения риск возникновения инсульта мало отличается от риска у никогда не курившего человека). При невозможности бросить курить обратитесь к программам снижения вреда: контролируйте количество выкуриваемых в день сигарет или пользуйтесь системами нагревания табака.
4. *Откажитесь от злоупотребления алкоголем* (прекращение злоупотребления алкоголем постепенно снижает риск развития инсульта).
5. *Контролируйте прием лекарственных препаратов* (беспринципный прием препаратов и самолечение могут спровоцировать развитие деменции).
6. *Регулярно проходите профилактические медосмотры* (частой причиной развития деменции становятся не пролеченные инфекции и хронические заболевания).

2. Регулярная физическая активность	Больше двигайтесь, так как активные люди меньше подвержены деменции. Для хорошей работы головного мозга нужно иметь хорошее кровообращение, для чего важно регулярно заниматься физическими упражнениями, держать мышцы своего тела в тонусе
Кардиотренировки и гимнастика защищают клетки мозга от разрушения. Во время выполнения физических упражнений улучшается кровообращение, и мозг получает больше питательных веществ. Полезны пешие прогулки и анаэробные упражнения, включающие в себя бег и силовую подготовку. Умеренная физическая нагрузка, плавание или ежедневная ходьба (полезна для кровообращения и улучшает настроение). Ежедневные прогулки или бег трусцой защищают от разрушения клеток мозга, стимулируя образование в нем новых связей	
3. Рациональное питание	Необходимо изменить питательный рацион (откажитесь от соленой, жирной пищи)

В каждодневном рационе пожилого человека должны присутствовать жирные кислоты омега-3 (их много в рыбе). В настоящее время эталоном признана средиземноморская диета, содержащая в своем составе большое количество морепродуктов, овощей, фруктов, орехов и оливковое масло. Следует питаться разнообразной, полезной пищей, употреблять в пищу продукты, богатые антиоксидантами, витаминами, В12, Е, фолиевой кислотой. Положительное воздействие на мозг оказывает черничный сок: именно эти ягоды больше всего насыщены антиоксидантами, благотворно влияющими на организм и замедляющими процесс деградации. При необходимости, но обязательно *по рекомендации врача*, следует принимать витаминные комплексы.

О пользе рационального питания свидетельствуют многочисленные исследования и наблюдения. Так, в 1999-2005 гг. было проведено когортное исследование во Франции «Три города» (в Бордо, Дижоне и Монпелье изучались данные 8085 участников без деменции в возрасте 65 лет и старше). В ходе мониторинга был зарегистрирован 281 случай деменции, в том числе у 183-х была диагностирована болезнь Альцгеймера. Выяснилось, что частота заболеваемости связана с особенностями рациона пожилых людей: так, ежедневное потребление в пищу фруктов и овощей снижало риск развития деменции на 28%, а регулярное потребление рыбы (хотя бы 1 раз в неделю) снижало риск болезни Альцгеймера на 35%.

4. Тренировка мозга	<p><i>Образование</i> — важная защита от деменции, а если помогать своим нервным клеткам при помощи ежедневного чтения, разгадывания кроссвордов или решения головоломок — результат будет еще лучше. Реже страдают деменцией и те, кто знает несколько иностранных языков и активно ими пользуется</p>
---------------------	---

Болезнь Альцгеймера реже поражает людей с высоким уровнем интеллекта. Страйтесь тренировать мыслительные способности, разгадывайте кроссворды, играйте в шахматы, начните учить иностранный язык. Полезен просмотр фильмов, слушание музыки и чтение. Полезны занятия живописью, танцами, прогулки на свежем воздухе. Благотворно действуют на психическое состояние посещение театра, концерта классической музыки. Необходимо придерживаться прежнего круга общения с близкими, внуками, соседями, вести активную социальную жизнь. Хорошо, если появится какое-либо хобби, тренирующее мозговую деятельность. Таким способом можно предотвратить (или, по крайней мере, замедлить) развитие деменции.

Поддержание интеллектуальной активности является важнейшим фактором профилактики когнитивных нарушений (в том числе деменции и болезни Альцгеймера). В этой связи в условиях современного информационного общества особую актуальность обретают возможности переноса интересов пожилых людей в виртуальное пространство посредством создания **«гибридного мира»**, восполняющего дефицит социальных контактов и наполняющего жизнь пожилого человека новым содержанием за счет привлечения информационно-коммуникационных технологий (ИКТ).

ИКТ и социальные сети могут способствовать повышению повседневной активности пожилых пользователей Интернета, особенно в тех случаях, когда по причине снижения способности к передвижению и коммуникации иные способы взаимодействия с окружающим миром становятся невозможными. Помимо общения, социальные сети обеспечивают: большую мобильность, более гибкую адаптацию в социальной среде, большую скорость обработки информации, привлечение и использование наилучших ресурсов, знаний и способностей с наименьшими временными затратами.

Немецкий исследователь Хорст Зиберт выделил 3 группы пожилого населения в зависимости от их жизненных стилей, общекультурных и образовательных потребностей, подчеркнув значимость **«субъективного»** восприятия пожилыми людьми пользы нового знания, извлекаемого из виртуального мира.

Основные образовательные группы пожилых людей

<i>Группы</i>	<i>Содержание обучения</i>	<i>Тип учебного поведения</i>	<i>Контент</i>
1. Ориентированные на домашние заботы	Учеба «для себя» = самосовершенствование	«Мыслитель»: жизнь — это интеллектуальное приключение	

Информальное образование = компетентностная модель обучения (индивидуальная познавательная деятельность)		Обучающий контент: освоение новых видов творчества и формирование новых интеллектуальных способностей — свидетельство возникновения не только познавательных мотивов, но главное — нового типа отношения к миру, новой системе ценностей, нового отношения к себе	
Образование как вид досуга, проведения свободного времени	Личностное измерение обучения — связано с ценностно-мотивационной сферой индивида		
Применимость дистанционных технологий			
ВидеоХостинги — хранилища видеоконтента. Пользователи предпочтуют смотреть познавательные ролики, мастер-классы. ВидеоХостинги позволяют открывать свои авторские каналы. Самые популярные каналы посвящены кулинарии, школе ремонта и пр.			
Группы	Содержание обучения	Тип учебного поведения	Контент
2. Ориентированные на общественные обязанности	Учеба «для нас» = обмен опытом внутри группы	«Деятель»: жизнь — это активная деятельность, ориентированная на достижение прикладных задач	Коммуникативный контент: в пожилом возрасте максимального развития достигает диалогическая компетентность личности:

Неформальное образование = коммуникативная модель обучения (несистематизированное обучение знаниям и навыкам)	умение устанавливать и поддерживать диалогические отношения с другим человеком. Диалогические отношения являются способом разрешения проблем социальной эксклюзии и занимают важное место в активности человека, сравнимое с его физическим состоянием и здоровьем
Обучение более продуктивной организации своего времени	Пространственное измерение обучения — связано с приобщением к групповому опыту

Применимость дистанционных технологий

Социальные сети — открытые площадки для общения. В социальных сетях пользователи находят новых друзей, входят в тематические группы, создают сообщества. Каждая функция в социальных сетях реализована простым и удобным интерфейсом. Каждый пользователь заполняет свой профиль и тем самым открывается для окружающих, показывает свою готовность для установления новых контактов

Группы	Содержание обучения	Тип учебного поведения	Контент
3. «Новые пожилые», высокоматериально независимые, мобильные, с разнообразными интересами	Учеба «с другими» = межпоколенческое обучение: старшие делятся опытом, младшие — новыми знаниями	«Иследователь»: жизнь — это постоянный поиск гармонии между существующим миром и реальной жизнью человека	Новостной контент: короткие видео, гиперссылки на электронные тексты, законодательные акты, учебные пособия, книги,

Формальное образование = квалификационно-ролевая модель обучения (повышение квалификации, продолжение трудовой деятельности)		к о м м е н т а р и и специалистов в той или иной области. Участники группы могут задавать вопросы, участвовать в обсуждениях, получать квалифицированную консультацию сотрудников	
Профессиональное обучение и переобучение	Временное измерение обучения — связано с «образованием в течение всей жизни»		
Применимость дистанционных технологий			
Электронно-библиотечные системы (ЭБС) — это коллекции электронных книг, доступ осуществляется свободно или по подписке. Данные библиотечные системы позволяют получить доступ к литературе «в один клик», для этого пользователю достаточно только авторизоваться. Данные библиотечные системы хранят в себе научную, художественную, техническую и документальную литературу и открывают свои двери всем заинтересованным пользователям. Тем самым ЭБС формируют особую социокультурную среду для всестороннего развития личности			

В этой связи внедрение информационно-коммуникационных технологий и создание дистанционных Школ пожилого возраста (ДШПВ) становится не только новшеством, но действием, востребованным временем. Актуальными задачами ДШПВ являются:

- формирование информационной культуры пожилых людей;
- создание качественной и доступной системы дистанционного образования (информационного, неформального, формального);
- преодоление информационного неравенства и исключенности людей из социально-культурной жизни.

Дистанционное образование пожилых людей может быть представлено как совокупность разных форматов:

1. Информационно-просветительские каналы, организованные по типу виртуальных залов для досуга и саморазвития («учеба для себя»).
2. Тематическое общение посредством социальных сетей («учеба для нас»).
3. Дистанционная школа («учеба с другими»).

1.4. ВОВЛЕЧЕНИЕ РОДСТВЕННИКОВ ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Старость не чувствуешь — ее чувствуют другие.
Степан Киселевский

1.4.1. Понятие когнитивной стимуляции. Индивидуальные и групповые методы работы.

1.4.2. Роль членов семьи в выявлении когнитивных нарушений.

1.4.3. Методы оценки эмоционального состояния лица, осуществляющего уход за пожилым родственником. Приемы самопомощи и взаимопомощи.

1.4.4. Нейтрализация рисков наблюдаемых признаков возможного факта жестокого обращения с пожилыми людьми.

1.4.1. ПОНЯТИЕ КОГНИТИВНОЙ СТИМУЛЯЦИИ. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ И ГРУППОВЫЕ МЕТОДЫ РАБОТЫ

Когнитивная стимуляция — это действия, направленные на улучшение общего когнитивного состояния или его отдельных процессов как здоровых людей, так и людей с различными поражениями центральной нервной системы. Другими словами, когнитивная стимуляция — это укрепление когнитивных способностей с помощью определенных упражнений для мозга.

Понятие когнитивной стимуляции следует отличать нейропсихологической реабилитации — восстановления способностей, нарушенных в ре-

зультате какого-либо повреждения или травмы. В то время как когнитивная стимуляция помогает улучшить когнитивные способности, нейропсихологическая реабилитация предназначена для максимально возможного восстановления физического, психологического состояния человека и его социальной адаптации. Когнитивная стимуляция может замедлить снижение когнитивных способностей.

Целью когнитивной стимуляции является оказание стимулирующего воздействия на участников через посредство когнитивной деятельности и припоминания, стимуляция различных сенсорных путей и поощрение контакта с другими людьми.

Мероприятия по когнитивной стимуляции могут проводиться *индивидуально* или *в группе*.

Например, индивидуальная когнитивная стимуляция у больных с деменцией осуществляется при непосредственном участии ухаживающих лиц, под контролем специалиста. Перед началом стимуляции специалист проводит методическую лекцию для родственников (помощников). Затем пожилой человек и ухаживающее лицо вместе со специалистом выполняют задания, после чего консультирующий специалист отвечает на возникшие вопросы и обсуждает методики с пациентом и ухаживающим лицом. Пожилым людям предлагаются неспецифические задания: отгадывание кроссвордов; чтение книг, газет или журналов; игра в домино или карты; вязание, шитье, туризм и т.д. Пожилые люди и ухаживающие лица, прошедшие курс когнитивной стимуляции, в основном подчеркивают ее важность, в том числе в отношении понимания трудностей, возникающих при выполнении простых бытовых заданий и действий, и создания эффективной стратегии их преодоления. Помимо этого, показано, что результатами курса когнитивной стимуляции являются повышение качества жизни, улучшение настроения и памяти.

Работа в группе лучше подходит пожилым людям, ориентированным на сохранение и расширение социальных контактов.

Кроме того, группы могут оказаться полезными и эффективными в случае, если участники группы имеют общие цели, например, повышение санитарной грамотности.

При стандартном групповом подходе проводится до 14 тематических сеансов длительностью около 45 минут каждый, два раза в неделю. Сеансы проходят под контролем ведущего. Как правило, сеанс может начинаться с разминки, не имеющей непосредственного отношения к когнитивной стимуляции, а затем продолжаться разнообразными когнитивными упражнениями, включая упражнения на ориентированность в реальности (например, табло, на котором выведено место, дата и время проведения сеанса).

Сеансы имеют различную тематическую направленность, включая, например, период детства, пользование денежными средствами, пантомимы и сценки. При этих видах деятельности, как правило, не требуется припомнения фактов, напротив, акцент делается на таких вопросах как «Что общего в этих словах или предметах?»

Кто может проводить сеансы когнитивной стимуляции? Как правило, сеансы групповой когнитивной терапии проводят психологи, однако при условии соответствующей адаптации члены семьи и лица, осуществляющие уход, могут сыграть важную роль в когнитивной стимуляции. Важно поощрять регулярное сообщение пожилым людям информации о дне недели, дате, погоде, времени, именах людей и так далее. Такая информация помогает им сохранять ориентированность в месте и времени.

Кроме того, газеты, радио- и телепередачи, семейные альбомы и предметы домашнего обихода могут содействовать коммуникации, ориентировать пожилого человека в текущих событиях, вызывать воспоминания и давать возможность делиться своим опытом и осознавать его значение.

1.4.2. РОЛЬ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ В ВЫЯВЛЕНИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Конечно, семьи бывают разные, и многое зависит от тех отношений взаимной любви, привязанности и сотрудничества, которые закладываются между поколениями «отцов и детей».

Иногда потребность пожилого человека в дополнительной помощи очевидна, но зачастую именно от наблюдательности и внимательности родных и близких зависит то, насколько рано и заблаговременно замечаются признаки и симптомы когнитивного угасания, так как чаще всего изменения происходят постепенно.

Всесторонний анализ всех аспектов психического, физического и эмоционального состояния человека является одним из способов определить, нуждается ли ваш близкий в помощи. Это помогает оценить его способность сохранять независимость, определить возможные риски и доступные способы их нейтрализации. Именно члены семьи первыми имеют возможность оценить, насколько благополучен их пожилой родственник с точки зрения здоровья, его безопасности и качества жизни, и заметить те «красные флаги», которые сигнализируют о том, что любимому человеку, возможно, требуется дополнительная поддержка и специализированная помощь.

Что настораживает?	Что делать?
1. Внезапная потеря равновесия, головокружения, падения; затруднения при вставании со стула, использование мебели или стены в качестве опоры при ходьбе и затруднение при повороте	<p>1. Оцените жилое пространство Посмотрите, что может провоцировать потенциальную опасность падения: скользкие полы и/или коврики, небезопасные стремянки или табуреты, чтобы достать предметы на кухонных полках, скользкая обувь и пр.</p> <p>2. Проведите наблюдения Отметьте линию примерно в 3 метрах от стула. Попросите любимого человека встать со стула, пройти в обычном темпе вперед к линии, повернуться и вернуться обратно. Если на выполнение теста потребуется более 12 секунд, то речь идет о высоком риске падений</p>

	<p>Понаблюдайте за тем, как он идет по комнате, обратите внимание на скорость походки и движения ног (как расставляются ноги при ходьбе). Если ноги широко расставлены, это указывает на нарушение равновесия. Сколько шагов потребуется пожилому человеку, чтобы развернуться? Более трех шагов указывают на проблему с мобильностью</p> <p>3. Позаботьтесь о безопасности</p> <p>Установите поручни для входа и выхода из душа или ванны, более высокое сиденье для унитаза или дополнительные пандусы, на кухне упростите доступ к повседневным предметам, храня их в нижних шкафах, поставьте выдвижные органайзеры и стеллажи в шкафы для облегчения доступа. Обратитесь за консультацией к специалисту и приобретите трость, подходящую по высоте</p>
<p>2. Внезапные перепады настроения, раздражительность или гнев; потеря интереса к некогда приятным занятиям; трудности со сном; переедание; мысли о смерти или самоубийстве; изменение или ухудшение памяти; потеря понимания</p>	<p>1. Поговорите о проблемах Спросите, грустит ли он или беспокоится о чем-то. Хроническое заболевание или ограниченная подвижность повышают риск развития депрессии. Слушайте и предлагайте эмоциональную поддержку. Если вы не живете поблизости, попросите друзей и соседей заглянуть к любимому человеку</p> <p>2. Обратитесь к специалисту Перечисленные симптомы могут свидетельствовать о различных состояниях. Обнаружить депрессию у пожилого человека достаточно трудно, так как для него нормально время от времени чувствовать себя подавленным — возможно, он расстроен проблемами со здоровьем или беспокоится о деньгах. Депрессию же иногда ошибочно принимают за деменцию, поскольку у пожилого человека, страдающего депрессией, могут проявляться симптомы, похожие на слабоумие. Проконсультируйтесь с психиатром или неврологом</p>
<p>3. Неоткрытые письма и неоплаченные счета, хаос в домашних и/или юридических документах</p>	<p>1. Помогите отсортировать почту и расставить приоритеты в оплате счетов 2. Предложите помочь в более сложных делах, пока близкий вам человек занимается повседневными домашними и личными финансами</p>

4. Небезопасное вождение автомобиля (царапины или вмятины на машине, множество квитанций о штрафах)	<p>1. Если ваш близкий водит машину, отправьтесь с ним в поездку и не спускайте с него глаз. Ваш любимый человек теряется на знакомых дорогах, щурит глаза, не замечает дорожных знаков? Возможно, пришло время для медицинского обследования</p> <p>2. Если пришло время «повесить ключи», поищите другие варианты транспорта, которые помогут передвигаться и сохранить свою независимость</p>
5. Изменения во внешности. Внезапно набрал вес или сильно похудел. Спутанные волосы, нестриженые ногти, необъяснимые синяки, неприятный запах от тела и пр.	<p>Проведите «домашний аудит»</p> <p>Изменения могут иметь несколько причин, например, изменения в личной гигиене могут свидетельствовать об отсутствии мотивации, возможно, указывая на депрессию или когнитивные проблемы, которые могут нуждаться в оценке и лечении. Вы можете обнаружить, что заботиться о себе мешают изменения в подвижности, например, страх падения при входе и выходе из ванны или душа (возможно, необходимо установить поручни или приобрести сиденье для душа)</p>
6. Изменения в домашней обстановке. Захламленность, продукты с истекшим сроком годности, грязное постельное белье, неприятный запах мочи и пр.	<p>Возможно, ваш любимый человек отдаляется от друзей и семьи, не успевает за привычными делами или любимыми увлечениями, не следит за собой и не соблюдает диету</p> <p>1. Узнайте, с кем ваш любимый человек регулярно общается. Найдите занятия, которые ему понравятся, например, клуб по интересам для пожилых людей, волонтерскую программу или просто регулярные встречи с друзьями</p> <p>2. Оставайтесь на связи: регулярные телефонные звонки помогут оставаться на связи, равно как и другие технологии (видеочаты, онлайн-сообщества и социальные сети)</p> <p>3. Узнайте, как он готовит и принимает пищу, соблюдает ли особую диету</p>

7. Бесконтрольный прием лекарств, неадекватная реакция на лекарства (перевозбуждение, апатия, сонливость и пр.)	<p>Многие пожилые люди принимают пять или более таблеток в день или большее количество лекарств, имеющие, возможно, побочные эффекты, возникающие в результате их взаимодействия в организме человека.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Посмотрите на упаковки с таблетками, убедитесь, что лекарства принимаются в соответствии с указаниями врача, своевременно пополняются и не имеют истекшего срока годности. 2. Установите органайзер для таблеток и ведите список всех принимаемых лекарств, включая безрецептурные препараты, травяные биодобавки и витамины, с указанием частоты и дозировки. 3. Если вы замечаете тревожные симптомы, такие как усталость или депрессия, проконсультируйтесь с врачом или фармацевтом, может ли причиной тому быть лекарство или комбинация лекарств.
---	---

Если вы заметили перемены в жизни, домашней обстановке, настроении или поведении вашего пожилого родственника:

- не игнорируйте первые симптомы, списывая их на старость; вы — не специалист, и поэтому можете пропустить «первые звоночки», а смену симптоматики принять за улучшение или выздоровление. Также есть множество излечимых заболеваний, которые «маскируются» под деменцию. Выявить их может психиатр при помощи специальных методик, тестов и опросников;
- напомните близкому вам человеку, что, принимая помошь, он ослабляет ваши страхи и делает вашу жизнь менее тревожной и напряженной;
- не пытайтесь самостоятельно назначать больному лекарства; даже медикаменты, прописанные врачом, могут иметь побочные эффекты и дезориентировать больного, важную роль также играет дозировка и регулярность приема;
- ненавязчиво предложите свою помошь, вовлеките его в процесс принятия решений, поговорите о том, что, возможно, стоит обратиться к врачу-неврологу, психиатру или психотерапевту;
- не верьте тем, кто обещает методами нетрадиционной медицины полностью излечить и восстановить вашего больного — это невозможно.

1.4.3. МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЦА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО УХОД ЗА ПОЖИЛЫМ РОДСТВЕНИКОМ. ПРИЕМЫ САМОПОМОЩИ И ВЗАИМОПОМОЩИ

По мере старения населения забота о пожилых людях все больше и больше ложится на людей, не являющихся ни специалистами в области здравоохранения, ни психологами, ни обученными профессионалами по уходу.

Опекун — это любой человек, который оказывает помощь другому нуждающемуся человеку, например, больному супругу, ребенку-инвалиду или престарелому родственнику. Однако члены семьи, активно ухаживающие за пожилым человеком, часто не идентифицируют себя в качестве «лиц, осуществляющих уход». Осознание этой роли может помочь им получить необходимую поддержку.

Конечно, забота может иметь множество наград. Для большинства опекунов быть рядом, когда в вас нуждается любимый человек, является основной ценностью и тем, что вы можете им предоставить. Но у каждой розы имеются шипы, и смена ролей и эмоций почти неизбежна. Злость, разочарование, истощение, одиночество или грусть — это естественно. Стресс воспитателя — эмоциональный и физический стресс, связанный с уходом за пожилым человеком с когнитивными нарушениями (особенно, с деменцией), — обычное дело.

Люди, испытывающие стресс, связанный с уходом за пожилыми людьми, нередко подвержены патологическим изменениям в собственном здоровье.

К стрессогенным факторам, то есть к неблагоприятным, значительным по силе и продолжительности внешним и внутренним воздействиям, ведущим к возникновению стрессовых состояний, следует отнести:

1. Социальную изоляцию и отсутствие внешней поддержки.
2. Депрессию, длиющуюся более 2 недель.

3. Финансовые трудности.
4. «Зацикленность» на уходе (уход занимает большую часть активного времени).
5. Отсутствие навыков совладания с трудностями, возникающими при уходе.

Следует обратить внимание на следующие признаки стресса:

- чувство подавленности или постоянного беспокойства;
- частое чувство усталости;
- сонливость или недосыпание;
- набор или потеря веса;
- внезапные приступы раздражения или злости;
- потеря интереса к занятиям, которые вам раньше нравились;
- грусть и апатия;
- частые головные боли, телесные боли или другие физические проблемы;
- злоупотребление алкоголем или наркотиками, в том числе лекарствами, отпускаемыми по рецепту.

Слишком сильный стресс, особенно в течение длительного времени, может навредить здоровью. Человек, осуществляющий уход, может испытывать симптомы депрессии или беспокойства, не высыпаться, не проявлять физической активности и не придерживаться сбалансированной диеты, что увеличивает риск возникновения медицинских проблем, таких как сердечные заболевания и диабет.

Стратегии борьбы со стрессом.

Эмоциональные и физические требования, связанные с уходом, могут стать непомерными даже для самого стойкого человека. Именно поэтому важно пользоваться доступными ресурсами и инструментами, помогающими оптимизировать заботу о любимом человеке. Следует всегда помнить: если опекун не заботится о себе, он не сможет позаботиться и о своем близком.

Чтобы справиться со стрессом, необходимо:

1. Принять помощь, исходящую из разных источников	Например, составить список, кто из близких или друзей готов помочь: взять опекаемого человека на прогулку пару раз в неделю, купить необходимые продукты или приготовить еду.
2. Сосредоточиться на своих действиях	Иногда чувствовать себя виноватым — это нормально, так как никто не может быть «идеальным» опекуном. Нужно всегда верить, делается все возможное и принимаются наилучшие решения в настоящий момент времени.
3. Ставить перед собой реалистичные цели	Стоит разбить большие задачи на более мелкие и выполнять их по мере сил и возможностей. Расставить приоритеты, составить списки неотложных дел и установить соответствующий распорядок дня.
4. Присоединиться к группе поддержки	Группы поддержки помогают выработать стратегии решения проблем в сложных ситуациях, а также могут стать хорошим местом для создания конструктивных дружеских отношений.
5. Искать возможную социальную поддержку	Крайне важно поддерживать хорошие отношения с теми, кто может предложить эмоциональную поддержку. Не следует замыкаться в себе и ограничивать социальные контакты под предлогом своей исключительной занятости в уходе. Например, необходимо выделить определенное время для себя — для общения с друзьями, пусть это будет просто прогулка в парке.
6. Сформулировать личные цели в отношении своего здоровья	Поставить перед собой цели установить хороший режим сна, найти время для физической активности большую часть дней недели, придерживаться здоровой диеты и пить много воды. Если обнаруживаются проблемы со сном, обратиться к врачу.
7. Обратиться к врачу	Сделать рекомендованные прививки и обследования. Обязательно сообщить врачу о своей занятости по уходу за пожилым родственником. Не стоит стесняться упоминать о любых проблемах или симптомах, которые при этом возникают.

Известно, что уход за пожилым человеком требует достаточно высоких временных, моральных и материальных затрат. Пытаясь справиться с делами и обязанностями повседневной жизни и одновременно заботясь о своем близком, очень легко забыть о себе. От родственников пожилых людей, которым требуется уход, часто можно услышать, что на заботу о себе не остается времени и сил, и такая позиция является очень распространенной психологической ловушкой.

Для того чтобы разобрать эту проблему, нужно рассмотреть понятие ресурса. Говоря простым языком, ресурс — это объем физических и душевных сил человека, необходимых для решения задач повседневной жизни. Очень часто практикующие психологи, раскрывая понятие ресурса, используют метафору кувшина с водой.

Образ кувшина может помочь нам осознать, что наши ресурсы, во-первых, ограничены по объему (наши физические и душевые возможности зависят от множества факторов: генетического наследия, состояния физического здоровья, нагрузки задач, которая присутствует в нашей текущей жизни и т.п.); во-вторых, нуждаются в постоянном восполнении.

Выполняя свои ежедневные обязанности, решая рабочие и бытовые задачи, семейные проблемы, выстраивая отношения с другими людьми, — мы постоянно расходуем физическую и душевную энергию. Соответственно, наш ресурс постоянно тратится, как вода в кувшине, когда мы ее постоянно наливаем. Когда человек не задумывается о корректной оценки и восполнении ресурса, он приходит в состояние пустого кувшина (стрессовой «ямы» истощения), из которого уже не так просто выбраться, поскольку в силу психофизиологических особенностей нашего организма, восстановить силы из состояния стрессового истощения, к сожалению, не так просто, как наполнить физический кувшин водой — период восстановления более длительный и требует больших затрат, а также, как правило, сопровождается различными физическими недомоганиями.

Ресурсы человека можно условно разделить на две группы: физические и душевные. К физическому ресурсу относится состояние нашего здоровья, физическое самочувствие, возможности нашего тела. Душевный ресурс связан с нашим психоэмоциональным благополучием: хорошим настроением, оптимистическим настроем, возможностью построения эмоционально теплого контакта с окружающими, способностью идти на компромисс, контролировать эмоциональные проявления в сложных или конфликтных взаимодействиях.

Для того чтобы уход за пожилым родственником был продуктивным и для сохранения собственного физического и душевного благополучия, необходимо постоянно производить оценку состояния собственных душевных и физических ресурса, знать способы восполнения затрачиваемых сил и постоянно их применять.

Существует очень простая методика самооценки состояния собственного ресурса. Для этого необходимо выделить несколько минут времени, находиться в тихом месте и постараться, чтобы вас не беспокоили. Далее, следует сделать несколько глубоких вдохов и выдохов, после чего задать себе вопрос: «По шкале от 1 до 10, каково состояние моего физического ресурса?» За 1 берется самое неблагоприятное физическое самочувствие, которое мы помним в своей жизни или можем себе представить, 10 — это состояние максимального физического благополучия, бодрости, энергичности.

Между ними по нарастающей располагаются все остальные градации физического самочувствия. Следует помнить, что оценка всегда производится относительно своего собственного возможного минимума («самого плохого») и максимума («самого хорошего» состояния), нужно избегать сравнивать себя с другими. Получив ответ, ту же процедуру проводим в отношении нашего душевного ресурса. В данном случае, 1 — это самое плохое душевное самочувствие, которое было в нашей жизни или которое мы можем себе

представить, а 10 — максимальное ощущение душевного подъема, состояние счастья, гармонии, благополучия. Между крайними значениями также по нарастающей располагаются все остальные.

Интерпретация полученных результатов. Итак, в результате небольшого самотестирования мы получили два числовых значения, говорящих о состоянии нашего физического и душевного ресурса. Далее, необходимо провести следующую оценку. Если полученные значения находятся в диапазоне от 6 и выше — состояние нашего ресурса находится в норме. Это показатель стабильного состояния, в котором мы можем сохранять работоспособность и поддерживать эффективность своей деятельности. Если мы получили значение 5 — это говорит о пограничном, неустойчивом состоянии ресурса, с высокой степенью вероятности в ближайшее время будут происходить изменения, либо в сторону повышения нашего самочувствия, либо в сторону ухудшения — рекомендуется быть внимательнее к себе и своему состоянию. Значения ниже 4 свидетельствуют о том, что мы находимся в состоянии истощения ресурса, и идет риск развития стрессовой реакции, которая может привести к состоянию стрессового истощения, возникновения физических недомоганий, заболеваний. Оценка ниже 4 говорит о том, что наш ресурс не успевает восполняться, мы расходуем его быстрее, чем восстанавливаем, пришло время принимать активные действия по восполнению физического или душевого ресурса.

Для поддержания благополучия, здоровья и собственной продуктивности в уходе и заботе о пожилом родственнике рекомендуется составить список эффективных способов восполнения физического и душевного, которые вам подходят и которыми вы можете воспользоваться. Способы восполнения физического ресурса полностью находятся в сфере здорового образа жизни. Сюда относится достаточное количество часов сна, соблюдение режима нагрузки и отдыха, достаточная физическая активность, правильное питание,

регулярные прогулки на свежем воздухе и т.п. Рекомендуется оценить, какие принципы ЗОЖ соблюдаются в вашей жизни и что вы могли бы добавить.

Лучше привнести в свою жизнь какие-то минимальные, возможные и приемлемые для вас сейчас изменения, чем планировать в будущем какие-то глобальные перемены. Очень важно обращать внимание на поддержание и восполнение физической стороны ресурса, поскольку именно физический ресурс является фундаментом нашего хорошего самочувствия и продуктивности.

Способов восполнения душевного ресурса достаточно много, и они достаточно разнообразны. Сюда относятся хобби и увлечения, всевозможные формы досуга, а также приемы вентиляции эмоционального напряжения. Затрагивая темы увлечений и досуга важно отметить, что, с точки зрения психологии и нейропсихологии, наиболее восстанавливающим и эффективным считается активный досуг по сравнению с пассивным.

Пассивными формами досуга считаются те, где наша активность минимальна, наше тело и мозг не включены в работу, имеет место пассивная форма восприятия (например, просмотр ТВ и сериалов, шоппинг, еда, интернет серфинг и т.п.). Пассивный досуг рекомендовано применять ситуативно, не на регулярной (каждодневной) основе и следует быть аккуратным, поскольку такая форма отдыха имеет риск формирования зависимостей.

Активный досуг является более предпочтительным и эффективным способом восстановления ресурса, сюда входят все виды активностей, которые требуют нашей физической и когнитивной включенности, при которых происходит освоение новых навыков. Это могут быть танцы, настольные игры, изучение иностранных языков, изучение игры на музыкальных инструментах, дискуссионные клубы и т.п.

1.4.4. НЕЙТРАЛИЗАЦИЯ РИСКОВ НАБЛЮДАЕМЫХ ПРИЗНАКОВ ВОЗМОЖНОГО ФАКТА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ

Согласно экспертным докладам Всемирной организации здравоохранения, *жестокое обращение* — это единичное либо повторяющееся действие или отсутствие действия там, где ожидается ответственность, результатом которых является ущерб или горе, причиненные пожилому человеку. Такое действие может быть преднамеренным или непреднамеренным; физическим, сексуальным, психологическим (включая эмоциональную и вербальную агрессию) и финансовым (материальным в более общем смысле). Наконец, жестокое обращение может выражаться в бездействии — отсутствии заботы о пожилом человеке — и сознательном пренебрежении его нуждами.

Вероятность жестокого обращения связана не только с сущностью оказываемой помощи, но и с факторами, приводящими к стрессу у лиц, осуществляющих уход, например, поведенческими особенностями людей с деменцией.

К факторам риска, повышающим вероятность жестокого обращения с пожилыми людьми, относятся:

1. *Индивидуальные факторы*: физическое и психическое нездоровье жертвы, а также психиатрические расстройства, алкоголизм или наркомания виновного в жестоком обращении лица. К другим индивидуальным факторам, повышающим риск жестокого обращения, относятся пол жертвы (пожилым женщинам угрожает больший риск неоказания помощи и финансовых злоупотреблений, а также повышенный риск более тяжелых форм систематического жестокого и травмирующего обращения) и совместное проживание со склонным к насилию лицом.

2. *Межличностные факторы*: длительно существующие плохие отношения; отмеченные ранее факты насилия; невозможность для лица, осу-

ществляющего уход, регулярно оказывать помощь необходимого типа или уровня. Одним из факторов риска жестокого обращения является совместное проживание пожилого человека с лицом, склонным к насилию. Риск жестокого обращения повышается при наличии зависимости (часто финансовой) лица, склонного к насилию, от пожилого человека. В некоторых случаях стресс, вызванный утратой пожилым человеком своей самостоятельности, усугубляет уже сложившуюся негативную динамику отношений в семье.

3. *Общественные (социальные) факторы*: фактором, повышающим риск жестокого обращения с пожилыми людьми со стороны ухаживающих за ними лиц, является социальная изоляция престарелых лиц и, соответственно, отсутствие социальной поддержки. Многие пожилые люди оказываются в изоляции по причине физической немощи или психических расстройств либо в результате потери друзей и членов семьи.

4. *Социокультурные факторы*: стереотипные представления о пожилых как о немощных, слабых и зависимых людях; разрушение связей между поколениями в семье; отсутствие финансовых средств на оплату ухода; отсутствие необходимых знаний и соответствующей подготовки для ухода за пожилыми людьми.

Виды жестокого обращения с пожилыми людьми и их характеристика.

Физическое насилие — это причинение боли или использование физической силы, приводящее к травме или чувству дискомфорта. Физическое насилие проявляется в нанесении ударов, толчках, встряске, побоях, избиении, ограничении свободы с помощью физической силы или наркотических средств, насильственном кормлении или введении лекарственных препаратов (без медицинских показаний и назначения врача).

Индикаторами физического насилия являются:

- жалобы на жестокое физическое обращение;
- необъяснимые падения и травмы;

- ожоги и синяки в необычных местах или необычного вида;
- порезы, следы на пальцах или другие доказательства физического ограничения;
- избыточный повторный прием лекарств или недостаточный их прием;
- истощение или обезвоженность организма без причин, связанных с болезнью;
- свидетельства неадекватного ухода или плохой гигиены;
- пожилой человек систематически обращается за медицинской помощью к разным врачам или в разные медицинские центры.

Сексуальное насилие — сексуальный контакт любого рода с пожилым человеком без его согласия или путем применения силы или угрозы ее применения.

Индикаторами сексуального насилия являются:

- жалобы на сексуальное насилие;
- сексуальное поведение, нетипичное для данного пожилого человека;
- необъяснимые изменения в поведении, такие как агрессия, избегание людей или нанесение себе увечий;
- частые жалобы на боль в животе или необъяснимые вагинальные или анальные кровотечения;
- повторяющиеся генитальные инфекции или синяки в области груди или гениталий;
- разорванное, запачканное или окровавленное нижнее белье.

Психологическое (в том числе эмоциональное и вербальное) насилие — это использование слов, поступков или других способов причинения эмоционального стресса или психологического ущерба. При этом подразумевается произнесение угрожающих фраз, произведение действий в виде оскорблений, резких команд или, наоборот, сохранение напряженного молчания и/или игнорирование личности старого человека. Психологическое насилие

также включает в себя инфантилизацию, т.е. покровительственную форму дискриминации по возрасту, когда правонарушитель обращается с пожилым человеком как с ребенком, что стимулирует развитие состояния полной зависимости пожилого человека. Психологическое насилие может выражаться в социальной изоляции пожилого человека путем ограничения его доступа к внешнему миру (лишение доступа посетителей или возможности вести телефонные переговоры, переписку и пр.)

Индикаторами психологического насилия являются:

- изменение режима питания или проблемы со сном;
- страх, замешательство или покорный вид;
- пассивность, избегание людей или увеличивающаяся депрессия;
- беспомощность, чувство безнадежности или беспокойство;
- противоречивые утверждения или другие противоречия в поведении, не связанные с психическим нездоровьем;

- нежелание говорить открыто;
- уклонение от физического или верbalного контакта с попечителем, нежелание смотреть ему в глаза;

- изоляция пожилого человека.

Финансовое и материальное насилие — это незаконная или неуместная эксплуатация, несанкционированное использование сбережений и имущества пожилого человека (без его согласия), а также невнимательное отношение к его имуществу или денежным средствам, результатом чего становится нанесение материального или финансового ущерба. К данному виду насилия относится как мошенничество, так и давление с целью завладения активами, имуществом, управлением денежными средствами.

Индикаторами финансового и материального насилия являются:

- частое снятие денег со счета, что нетипично для пожилого человека;
- снятие слишком больших денежных сумм;

- изменение завещания или права собственности на имущество, в результате чего дом или имущество оставляются «новым друзьям или родственникам»;
- потеря имущества;
- пожилой человек «не может найти» драгоценности или личные вещи;
- подозрительная активность с кредитной карточкой;
- отсутствие удобств, которые пожилой человек мог бы себе позволить;
- отсутствие лечения, в том числе психических расстройств;
- уровень ухода не соответствует доходу и имуществу пожилого человека.

Пренебрежение («отсутствие заботы») — это необеспечение или отказ в пище, медикаментах, средствах личной гигиены или других предметах первой необходимости; состояние заброшенности (неухоженности), а также отказ или неспособность выполнять обязанности по уходу за пожилым человеком. Пренебрежение, которое заканчивается нанесением физического или психологического вреда, пусть и ненамеренным, также считается одним из видов жестокого обращения.

Индикаторами пренебрежения со стороны попечителя (лица, осуществляющего уход за пожилым человеком) могут быть:

- попечитель выглядит усталым или испытывающим стресс;
- попечитель кажется чрезмерно обеспокоенным или, наоборот, беззаботным;
- попечитель обвиняет престарелого в таких актах, как невоздержанность;
- попечитель ведет себя агрессивно;
- попечитель обращается с престарелым как с ребенком или животным;
- попечитель имеет опыт злоупотребления наркотиками, другими веществами или жестокого обращения с другими людьми;

- попечитель не хочет, чтобы пожилого опрашивали одного;
- у попечителя оборонительная реакция, когда ему задают вопросы; враждебность или уклончивость;
- попечитель ухаживает за пожилым уже долгое время.

Независимо от вида жестокого обращения, насилие, выраженное как в соответствующих действиях или, напротив, в бездействии, ведет к ненужному страданию, травмам или боли, потерям, нарушению прав пожилого человека и снижению качества жизни.

Распространенность жестокого обращения по отношению к пожилым людям не поддается объективной оценке, так как случаи насилия трудно выявить, потому что многие признаки малозаметны, а жертва часто или не хочет, или не в состоянии рассказать о ненадлежащем обращении по отношению к себе. Жертвы насилия могут скрывать жестокое обращение с ними по причине стыда, страха перед мщением или желания защитить виновного.

Иногда, когда жертвы насилия обращаются за помощью к врачу или в социальные службы, они сталкиваются с дискриминацией, когда жалоба на жестокое обращение может быть отклонена по причине замешательства пожилого человека, паранойи или слабоумия.

По результатам исследований Национального центра по жестокому обращению с пожилыми людьми (США), каждый десятый пожилой человек становится жертвой физического насилия, психологического насилия, сексуального насилия, финансовых правонарушений или пренебрежения.

Симптомы и признаки жестокого обращения с пожилыми людьми могут быть скрыты за когнитивными нарушениями, но следующие клинические ситуации являются достаточно убедительными свидетельствами насилия:

1. Задержка в сроках между получением травмы или заболеванием и обращением за медицинской помощью.
2. Различия в рассказах опекаемого и опекуна.

3. Тяжесть травмы, несовместимая с объяснением опекуна.
4. Неправдоподобность или расплывчатое объяснение причин полученной травмы со стороны пожилого человека и/или опекуна.
5. Частые визиты в отделения скорой помощи при обострении хронического расстройства, несмотря на соответствующий план лечения и наличия адекватных ресурсов.
6. Отсутствие попечителя, когда пожилой человек с функциональной недостаточностью приходит на прием к врачу либо обращается в органы социального обслуживания.
7. Результаты лабораторных исследований, которые несовместимы с историей заболевания.
8. Нежелание опекуна принять помощь на дому либо оставить пожилого человека наедине с лечащим врачом или социальным работником.

Алгоритм действий специалиста при подозрении на факты жестокого обращения с пожилым человеком:

1. Опросить пожилого человека наедине, задавая прямые вопросы о возможном насилии, ограничениях или отсутствии ухода.

Опрос следует начинать с общих вопросов о чувстве безопасности, но затем должен включать в себя прямые вопросы о возможном ненадлежащем уходе (физическом, психологическом насилии, ограничениях, пренебрежении и пр.). Если подтверждается факт жестокого обращения, следует учитывать характер, частоту и серьезность случаев, приведших к злоупотреблениям. Следует также искать обстоятельства, провоцирующие жестокое обращение (например, алкогольная интоксикация попечителя).

Следует оценить когнитивную функцию, например, с использованием «Краткой шкалы оценки психического статуса» (MMSE, см. п. 2.1.4.). Когнитивные нарушения являются фактором риска для применения насилия по отношению к пожилым людям, но, с другой стороны, могут влиять на

достоверность истории и способность объективно воспринимать ситуацию. Косвенными свидетельствами наличия фактов жестокого обращения могут служить: общая подавленность, чувства стыда, вины, беспокойства, страха или гнева. Если пожилой человек минимизирует или рационализирует напряженность в семье или конфликт, либо не желает обсуждать проявления насильственных действий, эксперт должен определить, является ли это признанием или принятием им сложившейся ситуации.

Должен оцениваться функциональный статус, в т.ч. возможность осуществлять повседневную деятельность, необходимо отметить любые физические ограничения со стороны пожилого человека, которые снижают степень его самозащиты.

2. Отдельно опросить виновника насилия, уделив пристальное внимание характеру и особенностям взаимоотношений между ним и его подопечным.

В беседе следует избегать конфронтации. Эксперт должен выяснить, являются ли обязанности опекуна обременительными для члена семьи, и, при необходимости, признавать его сложную роль. Опекуна опрашивают о последних стрессовых событиях (например, утрата, финансовое давление), болезни опекаемого (например, необходимость в организации ухода, прогноз) и о причине любой из недавних травм.

Важной здесь является оценка эмоционального состояния лица, осуществляющего уход, в случае, если сообщается о наличии, по меньшей мере, одного из основных симптомов — ощущения эмоционального упадка, чувства подавленности или безнадежности, либо отсутствия интереса или удовольствия от своей деятельности. О вышесказанном могут свидетельствовать положительные ответы на вопросы серии «Вы испытывали за последние две недели...»:

- трудности с засыпанием, сном или избыточно долгий сон;

- ощущение усталости или бессилия;
- снижение аппетита или избыточное потребление пищи;
- угрызения совести, ощущение собственной несостоятельности, ощущение, что вы выставили себя в невыгодном свете или подвели свою семью;
- трудности с концентрацией внимания, например, при чтении газеты или просмотре телевизора;
- заторможенность движений или речи, заметная для окружающих;
- суетливость и беспокойство, которые приводят к избыточной подвижности;
- желание умереть или каким-либо образом навредить себе.

3. Провести всестороннее гериатрическое обследование пожилого человека, включая медицинские, функциональные, когнитивные и социальные факторы, опросить о его социальных связях — как формальных, так и неформальных.

Должны быть оценены социальные и финансовые ресурсы, поскольку они влияют на управленческие решения (например, наличие жилищных условий, наем профессионального попечителя). Эксперт должен спросить, имеет ли пожилой человек членов семьи или друзей, которые могут и готовы опекать, выслушивать его и ему помогать. Если финансовые ресурсы адекватны, но основные потребности не удовлетворяются, эксперт должен определить, по какой причине это происходит. Оценка этих ресурсов также может помочь определить факторы, способствующие проявлению жестокого обращения (например, финансовое давление, финансовая эксплуатация).

В целом, выявлять случаи жестокого обращения следует, опираясь на данные наблюдений за поведением пожилого человека, поведением членов его семьи или родственников, а также обращая внимание на признаки насилия. При подозрении на проявления насилия потребуется оценка и помочь специалиста. Пожилого человека будет необходимо проинформировать о

предмете вашей обеспокоенности, а затем запросить помочь специалиста. Следует документально зафиксировать поводы для вашей обеспокоенности, а также факт информирования пожилого человека о запросе помощи у специалиста. При выявлении непосредственной угрозы следует обратиться за специализированной помощью по линии системы социального обслуживания или правоохранительных органов.

1.5. МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

*Сила и красота суть блага юности,
преимущество же старости — расцвет рассудительности.*
Демокрит

*1.5.1. Рекомендации по образу жизни в пожилом возрасте.
Методы коррекции.*

1.5.2. Нейрогимнастика: рекомендации по тренировке когнитивных функций.

1.5.3. Физкультура в пожилом возрасте, другие методы физической активности.

1.5.4. Организация медицинской и социальной помощи больным с когнитивными расстройствами: куда следует обращаться за помощью.

Развитие современного информационного общества вызвало стремительный переход от традиционной («постфигуративной») культуры, когда подрастающее поколение перенимало опыт у старших, к инновационной («префигуративной») культуре, в которой старшему поколению нередко приходится учиться у своих детей. Такая ситуация породила два связанных между собою общественных вызова, имеющих противоречивое воздействие на всю совокупность социальных связей и интересов, в том числе на качество жизни и социально-психологическое самочувствие и самооценку пожилого человека:

ОБЩЕСТВЕННЫЕ ВЫЗОВЫ:

Постарение общества, связанное с увеличением продолжительности жизни населения и сокращением рождаемости

Модификация института семьи и института старости, изменившая статус пожилого человека в современном обществе

ПРОТИВОРЕЧИЯ:

Императив на здоровое долголетие, активное включение пожилой части населения в социально-экономические, культурные и общественно-политические процессы

Пожилые люди утрачивают статус ключевого источника информации и носителя культуры, что нивелирует их социальную роль в семье и обществе

ПОСЛЕДСТВИЯ:

1. Серьезной проблемой стала проблема социализации пожилого человека, в первую очередь, в кругу семьи.
2. Игнорирование опыта старшего поколения приводит к осознанию пожилыми людьми своей ненужности, что порождает заниженную самооценку и препятствует внедрению принципов «успешной» старости.

В современной литературе изучение самооценки вводится в рамки более широкой конструкции, именуемой «Я-концепцией», при этом ее описательную составляющую называют «образом Я» или «картиной Я», а составляющую, связанную с отношением к себе или к отдельным своим качествам, называют «самооценкой» или «принятием себя».

Иными словами, «Я-концепция» — это не только констатация, описание черт своей личности, но и вся совокупность их оценочных характеристик и связанных с ними переживаний. Знание истинной самооценки не только помогает человеку понять причины его успешности или неуспешности, но и является основой для коррекционной работы по формированию адекватной самооценки.

Изучение самооценки позволяет понять особенности личности, поведения и деятельности, а также качественное своеобразие внутреннего мира. При этом, самооценка — это то, что индивид значит сам для себя, это *цен-*

ностный показатель; это наличие критической позиции индивида по отношению к тому, чем он обладает, отвечая на вопрос: «Не что я имею, а чего это стоит, что это значит, означает?». В создании «образа Я» пожилого человека принимают участие практически все и всё, что человека окружает, с кем он сталкивается, о чем думает и мечтает. И от того, как его оценивают окружающие и насколько исполняются мечты, также зависит его самооценка.

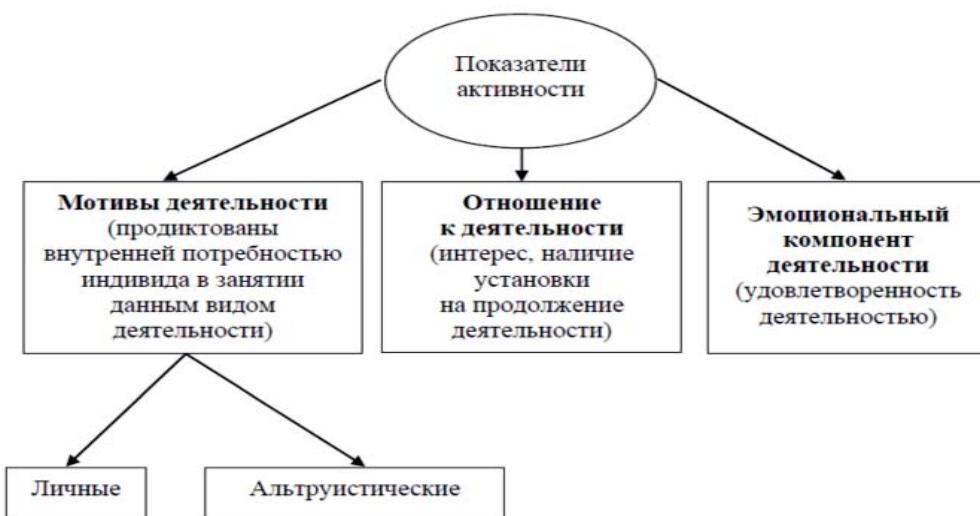
В связи с этим повышение самооценки пожилых людей определяется необходимостью:

- поиска путей решения проблемы социального аутсайдерства;
- сохранения и поддержания психического (в том числе когнитивного) здоровья путем формирования их самооценки, создания условий для их самореализации и саморазвития;
- разработки направлений сопровождения лиц пенсионного возраста как перспективной и активно востребованной социальной группы.

При изучении проблем повышения самооценки пожилых людей традиционно обращают внимание на влияние таких факторов, как вовлечение их в активную социальную жизнь, обеспечение условий максимальной продолжительности профессиональной деятельности, выработка у них чувства самоуважения и умения противостоять стрессовым воздействиям окружающей среды. Показателями активности, направленной на повышение самооценки, являются мотивы деятельности, отношение к деятельности, эмоциональный компонент деятельности по двум основным направлениям:

- выполнение повседневной работы в семье — реализация личной мотивации;
- удовлетворение различного рода своих интересов — реализация «альtruистической» мотивации.

Оба этих направления взаимосвязаны и способствуют сохранению и повышению позитивной самооценки, устраняют чувство ненужности, одиночества, при условии, что им сопутствует материальное обеспечение, соответствующее реальному прожиточному минимуму.



В этой связи исследователи выделяют 2 группы факторов, влияющих на удовлетворенность жизнью, а стало быть — на самооценку пожилого человека:

- социальные* — условия жизни, удовлетворение основных жизненных потребностей и взаимодействие с социальным окружением, статусные характеристики;
- личностные* — оптимизм, самоуважение, воспринимаемый контроль над обстоятельствами, наличие целей и смысла жизни, ощущение полноты жизни, уровень осмысленности жизненных событий и др.

1.5.1. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБРАЗУ ЖИЗНИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ. МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

Согласно определению, данному Всемирной организацией здравоохранения, *образ жизни* — это способ жизни, основывающийся на идентифицируемых видах и особенностях поведения между личностными характеристиками человека, социальным взаимодействием и социально-экономическими и экологическими условиями жизни. Образ жизни человека — понятие комплексное; он формируется на основе текущего состояния его здоровья, его самооценки, наличия жизненных перспектив, условий и особенностей жизнеобеспечения и пр.

Здоровье, трактуемое как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов, оказывает самое существенное влияние не только на формирование конкретного образа жизни человека, но и на те корректизы, которые он вынужден вносить в свое поведение под влиянием возрастных изменений, в том числе связанных с процессами когнитивного старения. Выше уже отмечались те перемены, которые происходят с пожилым человеком в процессе его биологического старения под влиянием осознания своего возраста (психологическое старение) и под воздействием общества (социальное старение).

На основе соотнесения двух понятий — «образ жизни» и «здоровье» — формируются представления о *«здоровом образе жизни»*, направленном на профилактику болезней и укрепление здоровья, а в пожилом возрасте также основанном на своевременной коррекции и воспроизведении тех моделей личностного поведения, которые способны воспрепятствовать процессам когнитивного угасания.

Ниже даются общие рекомендации по образу жизни в пожилом возрасте и методам его коррекции.

1. Забота о своем здоровье.

Забота о своем здоровье, в первую очередь, должна включать в себя контроль артериального давления и уровня содержания холестерина в крови (повышение этих показателей приводит к изменениям стенок сосудов, в том числе головного мозга; как следствие, нарушается снабжение нервных клеток кислородом и питательными веществами).

Повышенное кровяное давление (гипертония) может быть связано с увеличенным объемом крови, повышенным сердечным выбросом или возросшим сопротивлением артерий, приводящим к увеличению нагрузки на сердце и ослабляющим сердечную мышцу.

Продолжительное воздействие повышенного кровяного давления приводит к повреждениям внутренней выстилки артериальных сосудов, а такие повреждения, в свою очередь, могут привести к скоплениям на их поверхности тромбоцитов и жиров с последующим формированием бляшек и тромбов. Образование тромбов и бляшек внутри артериальных сосудов может приводить к прекращению кровоснабжения жизненно важных органов. Если это произойдет в артериях, снабжающих сердце, то у человека может развиться инфаркт, обусловленный кислородным голоданием мышечных клеток сердца.

В некоторых случаях тромбы, формирующиеся внутри артерий, могут оторваться от стенки и закупорить кровеносные сосуды дальше по ходу крови, вызвав ишемический инсульт. Наконец, повышенное кровяное давление приводит к увеличению риска геморрагического инсульта, так как кровеносные сосуды внутри этого органа становятся более чувствительными к разрыву под влиянием гипертонии.

Для оценки уровня артериального давления (АД) используется классификация Всемирной организации здравоохранения, принятая в 1999 году:

Категория артериального давления	Систолическое (верхнее) АД, в мм рт. ст.	Диастолическое (нижнее) АД, в мм рт. ст.
<i>Норма:</i>		
Оптимальное	менее 120	менее 80
Нормальное	менее 130	менее 85
Повышенное нормальное	130-139	85-89
<i>При гипертонии:</i>		
1 степень (мягкая)	140-159	90-99
2 степень (умеренная)	160-179	100-109
3 степень (тяжелая)	более 180	более 110
Пограничная	140-149	менее 90
Изолированная систолическая гипертония	более 140	менее 90

Женское и мужское давления имеют различие. Это обусловлено тем, что сердце у женщин бьется несколько быстрее, чем у мужчин (80 и 72 удара в минуту соответственно). Однако у женщин показатель больше меняется с возрастом, в особенности после наступления менопаузы (климакса).

Средние показатели артериального давления по возрасту 60+:

Возраст	Мужчины		Женщины	
	Систолическое (верхнее) АД	Диастолическое (нижнее) АД		
60 лет	142	85	144	85
70 лет	145	82	159	85
80 лет	147	82	157	83

Давление следует замерять в состоянии покоя, что дает более точный результат, так как во время физических и эмоциональных нагрузок мышцам и органам требуется более качественное кровоснабжение, что приводит к повышению показателей примерно на 20 мм ртутного столба. Если при регулярном измерении отмечаются «скачки» давления, следует вести «Дневник самоконтроля» с тем, чтобы предоставить его при консультации с лечащим врачом.

Дата	Время	АД	Пульс	Примечания
	утро (до завтрака)			Записывайте беспокоящие симптомы и общие неприятные ощущения
	день (до обеда)			
	вечер (перед сном)			
	утро (до завтрака)			
	день (до обеда)			
	вечер (перед сном)			

Высокий холестерин наблюдается в тех случаях, когда концентрация этого соединения и других липидов в крови возрастает. Так как холестерин вместе с другими элементами крови относится к важным компонентам тромбов, то это приводит к повышенным рискам тромбообразования. В ре-

зультате может развиться ситуация, когда образовавшийся тромб будет блокировать приток крови к жизненно важным органам, включая сердце и мозг.

Знание, умение и возможность пожилого человека самостоятельно контролировать уровень холестерина в крови способствует ранней диагностике заболеваний, приводящих к когнитивным нарушениям. Постоянный самоконтроль уровня холестерина в крови — это реальный шаг навстречу снижению риска атеросклероза, инфаркта и инсульта, а также других не менее серьезных заболеваний.

Стоит указать, что норма холестерина — фактор исключительно индивидуальный, однако в медицине существует средняя шкала, разработанная специалистами, учитывающая факторы возраста, общего состояния организма, индивидуальные особенности и наличие патологических заболеваний. И возраст здесь является фактором, способствующим повышению уровня холестерина в крови.

Средние показатели холестерина в крови по возрасту 60+:

Возраст	Уровень холестерина, моль/л
60 лет	4,45 — 7,69
70 лет	4,43 — 7,85
80 лет	4,48 — 7,25

Помимо контроля уровня артериального кровяного давления и уровня содержания холестерина в крови пожилым людям *необходимо* придерживаться следующих правил:

1. Регулярно измерять уровень сахара крови (его избыток отрицательно сказывается на сосудах и нервных клетках — у лиц, страдающих сахарным диабетом, шансы на развитие деменции в два раза выше; нужен ежегодный контроль сахара крови).

2. Сказать «нет» вредным привычкам, в первую очередь, курению (у курильщиков вероятность развития слабоумия выше на 70%, а у людей с артериальной гипертензией — на 60%).

3. Контролировать прием лекарственных препаратов (беспричинный прием препаратов или отказ от них могут спровоцировать развитие деменции).

4. Регулярно проходить профилактические медицинские осмотры (следует всегда помнить, что причиной развития деменции могут стать не пролеченные инфекции и хронические заболевания).

2. Здоровое, рациональное питание и соблюдение диеты.

Согласно выводам экспертов Всемирной организации здравоохранения, здоровое (рациональное) питание обеспечивает защиту как от развития неинфекционных заболеваний (НИЗ), включая диабет, болезни сердца, инсульт и рак, так и от возникновения когнитивных нарушений.

В то же время рост производства переработанных продуктов, быстрая урбанизация и изменяющийся образ жизни привели к сдвигу в моделях питания. В настоящее время люди потребляют больше продуктов с высоким содержанием калорий, жиров, свободных сахаров и соли/натрия, и многие люди не потребляют в достаточном количестве фруктов, овощей и других видов клетчатки, таких как цельные злаки.

Конечно, точный состав разнообразного, сбалансированного и здорового питания зависит как от индивидуальных особенностей (возраст, пол, образ жизни, степень физической активности), так и от культурного контекста, имеющихся местных продуктов и обычая в области питания, хотя основные принципы здорового питания взрослого человека остаются одинаковыми, а именно:

1. Здоровое питание включает в себя не менее 300-400 г (до 5 порций) фруктов и овощей в день, а также бобовые (чечевица, фасоль), орехи и цельные злаки (кукуруза в початках, просо, овес, пшеница и неочищенный рис).

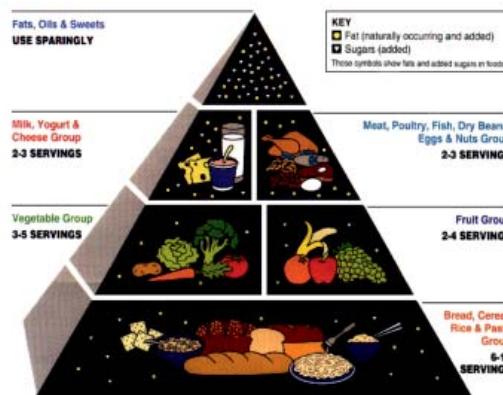
2. Свободные сахара, добавляемые в пищу или напитки или присут-

ствующие в меде, сиропах, фруктовых соках и пр., должны составлять менее 10% от общей потребляемой энергии (12 чайных ложек без верха) на человека с нормальным весом; в целях же обеспечения дополнительных преимуществ для здоровья или при избыточном весе — менее 5%.

3. Жиры должны составлять не более 30% от общей потребляемой энергии. Следует отдавать предпочтение ненасыщенным жирам, содержащимся в рыбе, авокадо, орехах, подсолнечном, соевом, рапсовом и оливковом масле. Потребление насыщенных жиров, содержащихся в жирном мясе (свинине), сливочном масле, пальмовом и кокосовом масле, сливках, сыре и свином сале, рекомендуется сократить до менее 10%, а трансжиров — до менее 1% от общей потребляемой энергии. При этом следует избегать трансжиров промышленного производства, содержащихся в запеченных и жареных продуктах, заранее упакованных закусочных и других продуктах, таких как замороженные пиццы, пироги, печенье, вафли, кулинарные жиры и бутербродные смеси, которые вообще не входят в состав здорового питания.

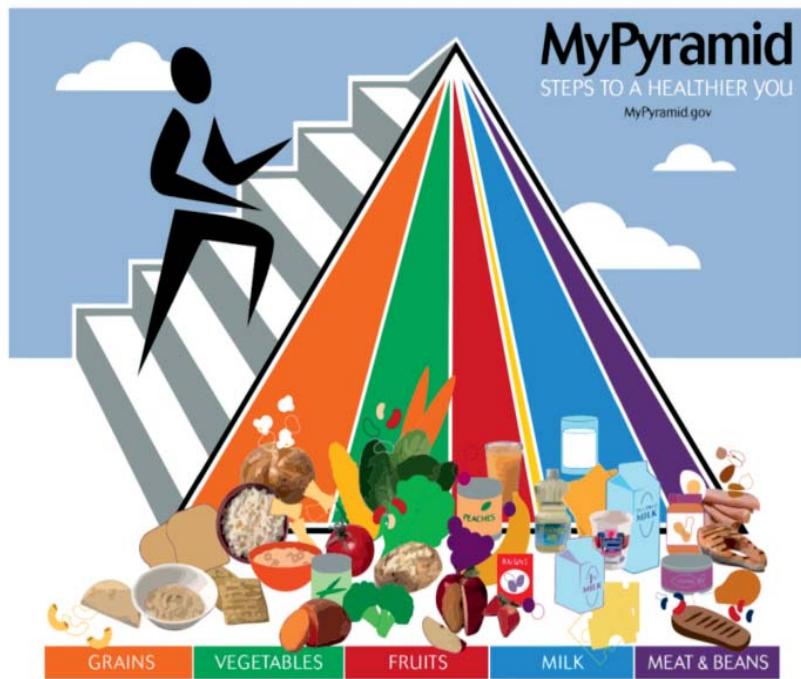
4. Потребление соли — менее 5 г (примерно одна чайная ложка) в день; преимущество отдавать йодированной соли.

Надо заметить, что в популярной литературе можно отыскать множество **«пирамид»** здорового питания. Так, например, выглядела пирамида питания, рекомендованная Министерством сельского хозяйства США (USDA) в 1992 году.

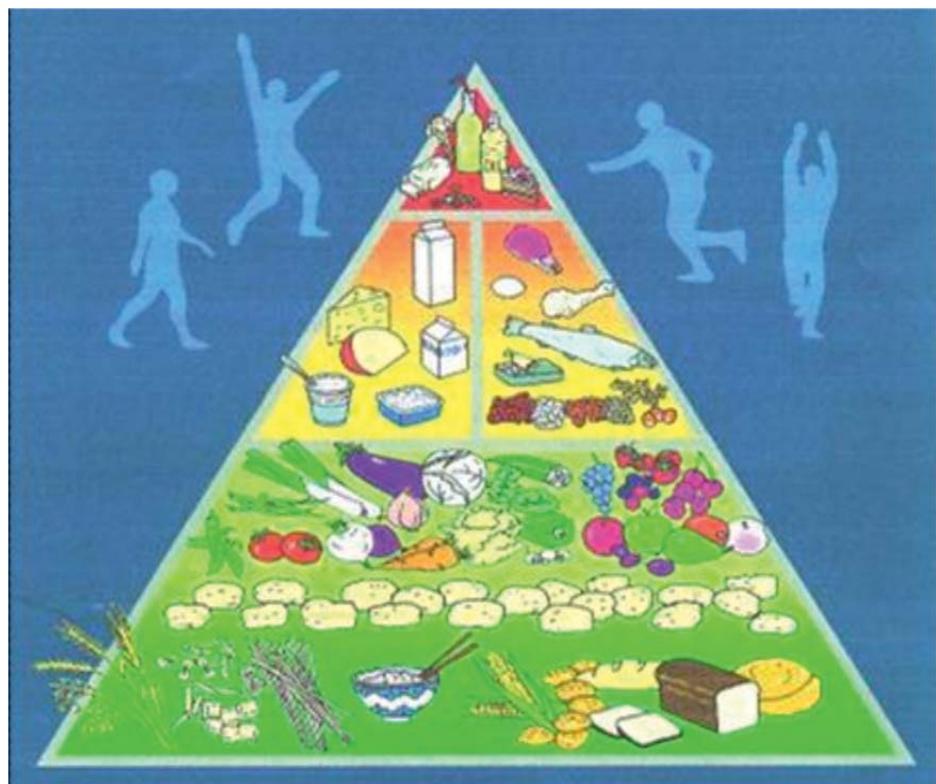


Пирамиду питания критиковали за просчеты в подаче информации. Нетрудно увидеть, что в основе «пирамиды» лежало широкое потребление в пищу не только полезных продуктов (пасты, риса, хлеба, овсянки, кукурузной крупы), но и углеводо-содержащих (хлеба), а сладости и жиры, которые должны ограничиваться в рационе, были отражены в пирамиде как небольшой ее сектор. Однако то, что он находился вверху пирамиды, должно было символизировать для потребителя что-то главное — самое важное, что вводило население в заблуждение и подталкивало к неверным трактовкам смысла здорового питания.

Попытка модернизировать схему была предпринята в 2005 году, но точность метафор вряд ли повысила понятность и информативность схемы, особенно с практической точки зрения, хотя заметно, какую важность обрели физические нагрузки:



Европейское региональное бюро ВОЗ разработало пирамиду CINDI (Countrywide Integrated Non-Communicable Disease Intervention), которая применима для разных регионов.



Особенностью этой пирамиды является использование цветовых кодов:

- зеленый цвет находится в основании пирамиды (зерновые, фрукты и овощи) и указывает, что эти продукты должны составлять большую часть рациона;

- в оранжевом секторе (средняя часть пирамиды) находятся молоко и молочные продукты и мясо, рыба и яйца, оранжевый цвет означает, что для здорового сбалансированного питания эти продукты необходимы в умеренных количествах;

- красный находится на вершине пирамиды и охватывает жира, масла и сахара, красный цвет сообщает, что только очень небольшое количество этих продуктов является необходимым.

В настоящее время большую популярность обрела пирамида здорового питания *средиземноморской диеты*, характерной для Италии, Греции, Португалии, Испании, Хорватии, Кипра, Марокко и признанной Всемирной организацией здравоохранения эталонной.



В меню *на каждый день* должны присутствовать:

3 приема блюд из злаков (пасты, риса, хлеба, овсянки, кукурузной крупы)	эта группа богата клетчаткой, витамином В1 и минералами (калий, железо). Предпочтительно употреблять в пищу продукты из цельного зерна, так как содержание жира в них минимальное
3 приема фруктов	фрукты содержат значительное количество углеводов (фруктозы), богаты клетчаткой, витаминами и минералами. Рекомендуют употреблять до 3 фруктов в день, с учетом содержания в них углеводов
6 приемов овощей (до 300 г)	хотя в овощах содержится меньше углеводов и жиров, они овощи богаты витаминами В и С, минералами и клетчаткой. Цветная капуста богата витамином С, но в ней содержится мало железа, в шпинате же, наоборот, много железа, но мало витамина С
Фрукты и овощи не являются взаимозаменяемыми продуктами, поскольку содержат разные питательные вещества	
2 приема молочных продуктов (в т.ч. сыра)	молоко содержит лактозу (молочный сахар), но чем более «сухим» (обезжиренным или маложирным) является молоко, тем меньше в нем сахара, так как жиры, присутствующие в молочных продуктах, не рекомендуют к употреблению. Молочные продукты — важный источник витамина В2 и кальция. Сыр содержит значительное количество жиров и белков, но совсем немного углеводов

вода, кофе, чай, овощные бульоны — 6 стаканов в день (до 1,5 литра)	эти напитки, употребляемые без добавок (в первую очередь, сахара), не оказывают никакого влияния на содержание глюкозы в крови и практически не имеют калорий
Плюс: специи для приготовления и оливковое масло	
Рекомендовано к ежедневному потреблению красное сухое вино (не более 2 стаканов)	

В *недельном* меню должны присутствовать:

рыба — 5-6 раз	эта группа продуктов питания — основной источник белков, однако следует избегать готовить в панировке из-за большого содержания крахмала. Что же касается содержания витаминов и минералов, эти продукты отличаются друг от друга: мясо богато железом, а рыба — фосфором
белое мясо (куриное, кролик или индейка) — 4 раза	в этих продуктах также содержится белок, но при этом высок уровень содержания углеводов
оливки, орехи и бобовые — 3-4 раза	картофель содержит большое количество углеводов в виде крахмала
картофель — 3 раза	жиры относятся к насыщенному типу, необходимо ограничивать их употребление
яйца — 3 штуки	сладости — 3 раза
	продукты, подслащенные сахаром, можно употреблять в пищу, но необходимо следить за содержанием глюкозы в крови

Красное мясо (говядину, свинину, баранину) можно есть не чаще 4 раз в месяц. Энергетическая ценность данных продуктов довольно велика и, наоборот, в них содержится чрезвычайно мало витаминов и минералов. Большая часть этих продуктов содержит много жиров и углеводов, что необходимо учитывать пожилым людям, страдающим хроническими заболеваниями (например, диабетом). Следует также избегать употребления маргарина и сливочного масла.

В средиземноморской диете важно и количество калорий, оно не должно превышать 1400 в день.

Важно заметить, что самую большую ячейку этой пирамиды питания занимает ячейка с физической активностью (не менее 30 минут в день). Достаточные физические нагрузки необходимы для здорового образа жизни, особенно, для больных сахарным диабетом: они значительно улучшают чувствительность к инсулину. Физическая активность также важна тем, у кого имеется избыточный вес. Тем самым, питательную диету можно сравнить по их важности для здоровья с физической активностью. Также можно принимать добавки, такие как кальций и магний, но *только после консультации* с врачом.

Помимо качества питания, стоит также придерживаться следующих правил:

- чтобы не чувствовать себя одиноким, лучше принимать пищу в компании: с другом или членом семьи;
- еда должна быть вкусной и хорошо сервированной, чтобы пробудить чувства и улучшить аппетит;
- необходимо пить много воды, чтобы сесть на диету с высоким содержанием клетчатки. Вода также подходит для поддержания здоровья кожи;
- диета должна состоять из продуктов с высоким содержанием клетчатки (цельные продукты, орехи, фрукты и овощи) и нежирного белка;
- спокойная или, напротив, бодрящая музыка поможет поддержать настроение и стимулировать аппетит.

Конечно, с возрастом жизненные приоритеты у человека меняются, но, тем не менее, следует помнить, что нельзя замыкаться исключительно на своем здоровье и на том, что лежит у вас на тарелке. Не стоит уподобляться размеренной жизни лягушек из известного советского мультфильма «Дюй-мовочка», сведенной к правилу: «Ну вот поели, теперь можно и поспать!».

Старость — прекрасное время, чтобы расслабиться и наслаждаться жизнью. Вы намного мудрее, мнение людей вас не беспокоит, вам намного комфортнее в «собственной шкуре», ваши дети покинули родительский дом,

они обзавелись своими семьями, и у вас появилось больше свободы делать все, что вы пожелаете.

Получение удовольствия от жизни — важный фактор для здорового старения. Показательно в связи с этим исследование, проведенное учеными Университетского колледжа в Лондоне в 2011 году, в раках которого изучалась взаимосвязь между позитивным мировоззрением и психофизическим благополучием пожилого человека. В исследовании приняли участие 3200 мужчин и женщин в возрасте 60 лет и старше.

Участников исследования просили оценить их удовлетворенность, оценив свое согласие со следующими утверждениями по 4-балльной шкале:

- мне нравится то, что я делаю;
- мне нравится быть в компании других;
- в целом, я оглядываюсь на свою жизнь с чувством счастья;
- сейчас я чувствую себя полным энергии.

Выяснилось, что у счастливых пожилых людей было меньше проблем с вставанием, одеванием или принятием душа, в отличие от несчастных пожилых людей, у которых вдвое больше шансов заболеть диабетом, сердечными заболеваниями, раком и инсультом — то есть тех заболеваний, которые провоцируют развитие когнитивных нарушений. Данные исследования показали, что у тех, кто был недоволен своей жизнью, испытывал постоянные грусть и разочарование, вероятность развития проблем с физической активностью в три раза выше, чем у их «счастливых» сверстников.

Тем самым, удовольствие, получаемое от жизни, и общая удовлетворенность прожитой жизнью являются важнейшими составляющими позитивной самооценки пожилых людей.

В связи с этим стоит помнить о следующих конкретных возможностях, способных не только украсить старость, но и *воспрепятствовать* процессам когнитивного угасания:

1. *Следует спланировать свою жизнь* — выход на пенсию не означает начала «этапа подведения жизненных итогов»; он открывает ее новый этап: стоит заняться самообразованием, сосредоточиться на воспитании внуков/правнуок или, может быть, получить новую профессию в системе формального образования (профессиональные курсы, обучение, в том числе, заочное или дистанционное).

2. *Проводить большие времена с родными, друзьями и знакомыми* — одиночество и самоизоляция увеличивают вероятность депрессии и болезней. Исследование, проведенное в Великобритании, показало, что за последние два десятилетия число пожилых людей, живущих в одиночестве, увеличилось в полтора раза, и около миллиона человек могут провести 30 дней, никого не видя. Нужно убедиться, что вы ежедневно общаетесь хотя бы с одним человеком: пусть хотя бы это будет общение онлайн по Skype или WhatsApp, так как такое взаимодействие более действенно, чем текстовое сообщение или электронное письмо. Можно присоединиться к клубам с интересными мероприятиями или стать волонтером, где можно встретить новых людей, разделяющих интересы и ценности. Если вы одиноки, овдовели или разведены, можно пойти на свидание. Есть сайты знакомств для пожилых людей. Любовь — прекрасная вещь, и «любви все возрасты покорны». В любом случае стоит завести новых друзей, и это все равно беспрогрышная ситуация.

3. *Стоит обратиться за помощью и консультацией к специалистам (психологам, психотерапевтам)* — когда в жизни происходят изменения, требуется надежная система поддержки. Работа над своими эмоциями успокаивает душу и помогает исцелиться, а знание универсальности страдания (многие люди в пожилом возрасте переживают утраты) заставляет чувствовать себя менее одиноким. Если имеются признаки депрессии, необходимо поговорить со специалистом по здоровью. Депрессию можно вылечить при помощи лекарств и психотерапии, что ведет к улучшению физического здоровья.

4. *Быть в курсе событий* — современные информационно-коммуникативные технологии и социальные сети помогают оставаться в мейнстриме. Можно отыскать любимые песни на YouTube, послушать ремастерованные альбомы классиков рока и сравнить их с оригиналами на виниле и пр. Музыка улучшает настроение и добавляет информации в память, а это часть профилактики когнитивных нарушений, в том числе деменции. Регистрация на сайтах социальных сетей (Twitter, Facebook, Instagram) является отличным способом поддерживать связь с друзьями и родственниками, а также быть в курсе того, что происходит в мире.

5. *Необходимо заботиться о своей внешности* — то, что человек стареет, вовсе не означает, что нельзя делать это стильно. Когда хорошо выглядишь, чувствуешь себя еще лучше. При нахождении на солнце, следует пользоваться солнцезащитным кремом, чтобы защитить кожу, нанести кремы с ретиноидами на лицо, пить больше воды или сделать небольшой макияж. Отличная стрижка может преобразить лицо или даже изменить цвет волос. Темный цвет волос делает черты лица серьезными, а светлый оттенок кожи смягчает их. Хорошая внешность придаст уверенности и будет подпитывать жизненную энергию.

6. *Нужно узнавать что-то новое каждый день* — поддержание в себе чувства новизны является лучшим способом держать мозг в напряжении. Например, изучить новый вид спорта, инструмент, язык или навык; попробовать усовершенствовать свои кулинарные навыки; отыскать новые маршруты при походе в продуктовый магазин и пр.

7. *Необходимо поддерживать в себе хорошее настроение, чаще смеяться и улыбаться* — смех снижает уровень гормона стресса кортизола. Согласно исследованию, проведенному в Великобритании в 2014 г., 20 минут, потраченных на просмотр забавных видеороликов в YouTube, помогают улучшить память у пожилых людей. Некоторые исследования также показывают связь между уровнем счастья и снижением риска сердечных заболеваний.

1.5.2. НЕЙРОГИМНАСТИКА: РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ТРЕНИРОВКЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

Когнитивное здоровье как способность ясно мыслить, учиться и запоминать является важнейшим компонентом повседневной деятельности. Но не следует забывать, что когнитивное здоровье — это лишь один из аспектов *здоровья мозга* в целом, включающем в себя также сохранность таких функций, как:

- двигательные функции — насколько хорошо вы делаете и контролируете движения, включая сохранение равновесия;
- эмоциональные функции — насколько хорошо вы интерпретируете и реагируете на эмоции (как приятные, так и неприятные);
- тактильные функции — насколько хорошо вы чувствуете прикосновения и реагируете на них, включая давление, боль и температуру.

На здоровье мозга могут влиять возрастные изменения в головном мозге, травмы, такие как инсульт или черепно-мозговая травма, расстройства настроения, такие как депрессия, расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ или зависимости, а также такие заболевания, как болезнь Альцгеймера. Хотя некоторые факторы, влияющие на здоровье мозга, изменить нельзя, существуют возможности изменений в образе жизни, достигаемые за счет систематических и регулярных тренировок мозговой активности — нейрогимнастики.

Нейрогимнастика — это комплекс упражнений, направленных на активацию естественных механизмов работы мозга через выполнение физических движений и улучшающих память, внимание, речь, процессы письма и чтения, пространственные представления, мелкую и крупную моторику, а также снижающих утомляемость и повышающих способности к произвольному контролю. Нейрогимнастика была разработана американским психо-

логом Полом Деннисоном. И в 1990-е гг. была создана программа «Гимнастика мозга», посвященная естественному развитию человека и способам активации созданных природой механизмов работы головного мозга путем физических движений.

Основной принцип нейрогимнастики заключается в синхронной и одновременной работе обеих рук, каждая из которых выполняет свое задание. При таком виде тренировки происходит согласованная работа обоих полушарий мозга. Фактически, путем физических упражнений можно тренировать мозг, потому что организм человека — это целостная система, в которой тело и ум находятся в тесной взаимосвязи.

Нейрогимнастика оказывает благоприятное воздействие на улучшение состояния нервной системы в целом, развитие когнитивных способностей (память, мышление, внимание), синхронизация работы обоих полушарий головного мозга, улучшение настроения, избавление от страхов, тревог и переживаний посредством управления эмоциями — борьбы с раздражительностью и контроля проявлений агрессии.

Традиционный комплекс программы «Гимнастика мозга» включает в себя следующие упражнения и специфику их выполнения:

Упражнения	Как выполнять
1. <i>Марш на месте</i> — подготавливает мышцы и улучшает дыхание, равновесие и координацию рук и ног. Рекомендуется использовать стул, если вам сложно маршировать без опоры	<ol style="list-style-type: none"> 1. Встаньте прямо (ноги на ширине плеч, плечи назад, грудь вперед) и смотрите вперед. 2. Поднимите правую ногу и слегка согните правое колено; мягко поставьте правую ногу на пол. 3. Поднимите левую ногу и слегка согните левое колено; мягко поставьте левую ногу на пол. 4. Повторите упражнение 30 раз.

<p>2. <i>Кросс-сканирование</i> — помогает улучшить координацию правого и левого полушарий. Упражнение можно выполнять стоя, сидя или лежа, в зависимости от уровня вашего комфорта</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Встаньте прямо (ноги на ширине плеч, плечи назад, грудь вперед) и смотрите вперед. 2. Поднимите правую руку над головой — это ваша исходная позиция. 3. Поднимите левую ногу от пола и согните левое колено. 4. Одновременно согните правый локоть и попытайтесь коснуться правым локтем левого колена. 5. Вернитесь в исходное положение. Проделайте то же самое с левой рукой и правой ногой. 6. Сделайте три подхода по восемь повторений.
<p>3. <i>Прикосновение к лодыжке</i> — помогает улучшить равновесие и координацию левой и правой конечностей</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Встаньте прямо, ноги на ширине плеч, руки в стороны вверх, слегка согнутые в локтях. 2. Поднимите правую ногу и коснитесь правой лодыжки левой рукой. 3. Поставьте правую ногу на пол и поднимите левую. 4. Попробуйте коснуться левой лодыжки правой рукой. 5. Повторите упражнение 15-20 раз.
<p>4. <i>Прикосновение к лодыжке за вашим телом</i> — улучшает равновесие и координацию конечностей</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Встаньте прямо, ноги на ширине плеч, руки в стороны вверх, слегка согнутые в локтях. 2. Поднимите правую ногу и попытайтесь коснуться правой лодыжки левой рукой позади тела. Можно немного наклониться в сторону. 3. Поставьте правую ногу на пол и поднимите левую. 4. Попытайтесь коснуться левой лодыжки правой рукой за корпусом. 5. Повторите упражнение 15-20 раз.
<p>5. <i>Шаговое касание («разминка танцора»)</i> — подходит для координации движений из стороны в сторону</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Встаньте, сведите ноги вместе. 2. Сделайте шаг правой ногой вправо. 3. Поставьте левую ногу рядом с правой ногой. 4. Сделайте шаг левой ногой влево. 5. Поставьте правую ногу рядом с левой ногой. 6. Повторите упражнение 30 раз в медленном или умеренном темпе.

<p>6. <i>Шейные круговые движения</i> — улучшает равновесие. Выполняется стоя или сидя с закрытыми глазами</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Встаньте или сядьте на стул и закройте глаза. Отведите плечи назад. 2. Опустите голову и наклоните ее вправо. 3. Поверните шею справа налево, от спины налево, а затем вниз по центру, завершив начатый круг. 4. Повторите упражнение 10 раз. 5. Проделайте то же самое в левую сторону.
<p>7. <i>Упражнение «Повар»</i> — успокаивает нервы и улучшает координацию рук и мозга</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сядьте прямо на стул; скрестите правую лодыжку над левой. 2. Вытяните руки перед собой; скрестите правую руку над левой и соедините пальцы. 3. Сформируйте крючок, сдвинув предплечья внутрь. Сделайте 6 глубоких вдохов. 4. Выпрямитесь и соедините кончики пальцев. Сделайте 6 глубоких вдохов. 5. Повторите упражнение 3-5 раз.
<p>8. <i>Кнопка «Мозг»</i> — улучшает поток электромагнитной энергии, расслабляет глаза, плечи и шею и способствует равновесию тела</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Положите левую ладонь на живот. 2. Поместите большой и указательный пальцы правой руки на 2-3 см ниже ключицы; делайте круговые движения пальцами. 3. Повторите упражнение 10 раз. 4. Положите правую ладонь на живот, пальцы левой руки на 2-3 см ниже ключицы; помассируйте круговыми движениями. 5. Повторите упражнение 10 раз.
<p>9. <i>Ленивые восьмерки</i> — улучшает движение глазных мышц, периферическое зрение, концентрацию внимания и координацию</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нарисуйте на доске для рисования или куске ватмана большой символ бесконечности. 2. Обведите его 20-30 раз. 3. Сосредоточьте взгляд на кончике маркера или карандаша, обведите рисунок глазами, мысленно рисуя восьмерку. 4. Закройте глаза и расслабьтесь.

<p>10. <i>Упражнение «Слон»</i> — улучшает внимание, восприятие, память, речь, мыслительные способности, координацию глаз. Вы также можете выполнять это упражнение сидя</p>	<ol style="list-style-type: none"> Стойте прямо, держите одну руку позади себя, а другую вытяните над головой так, чтобы плечо касалось уха и головы. Согните ноги в коленях и вытяните правую руку перед собой. Обведите вытянутой рукой горизонтальную цифру «8» или символ бесконечности. При этом двигайте верхней частью тела и глазами. Повторите упражнение 3-5 раз. Проделайте то же самое с другой рукой.
<p>11. <i>Энергетический зевок</i> — помогает снять напряжение с челюсти и расслабить глаза</p>	<ol style="list-style-type: none"> Положите указательный и средний пальцы каждой руки на челюстной сустав. Откройте рот и начните массировать суставы круговыми движениями; повторите 5 раз. Закройте рот и помассируйте 5 раз. Повторите упражнение 10 раз.
<p>12. <i>«Мыслящая шапка»</i> — улучшает скорость обучения и настроение, увеличивает концентрацию внимания и улучшает память</p>	<ol style="list-style-type: none"> Сядьте на стул; положите указательный и большой пальцы каждой руки на левое/правое ухо. Помассируйте верхнюю часть уха и постепенно спускайтесь к ушной раковине. Массируйте от задней части до верхней части уха. Сделайте это медленно 15 раз.
<p>13. <i>Дыхание животом</i> — помогает увеличить снабжение организма кислородом, расслабиться, улучшает навыки чтения и речи</p>	<ol style="list-style-type: none"> Встаньте или сядьте; положите правую руку на живот, а левую — на грудь. Медленно вдохните и позвольте животу подняться. Сожмите губы и сделайте выдох. Повторите упражнение 30 раз.

<p>14. Трассировка Икс («Х») — улучшает координацию глаз, восприятие глубины, слух и координацию тела, улучшает навыки письма</p>	<p>1. Сядьте на стул и закройте глаза. 2. Обведите букву «Х», двигая глазами. 3. Проделайте это 8 раз. Отдохните 10 секунд и повторите. 4. После того, как вы закончите, закройте глаза и расслабьтесь. Вы можете нарисовать большой крест, охватывающий диагонали рисовальной доски и обвести его глазами.</p>
<p>15. <i>Положительные моменты</i> — снимает стресс и поднимает настроение, улучшает долговременную память и навыки чтения</p>	<p>1. Осторожно коснитесь кончиками пальцев точек над глазами, посередине между бровями и линией роста волос. 2. Закройте глаза. 3. Дышите глубоко и медленно в течение 10 секунд. Подумайте о том, что вас беспокоит. 4. Повторите упражнение 3 раза.</p>

Нейрогимнастика отлично подходит для обучения и изменения функций мозга. Их регулярное выполнение в течение 20-30 минут улучшает внимание, речь, память и другие когнитивные навыки. Однако прежде чем приступать к выполнению комплекса нейрогимнастических упражнений следует *обязательно проконсультироваться* с лечащим врачом или физиотерапевтом.

1.5.3. ФИЗКУЛЬТУРА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ, ДРУГИЕ МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Физические упражнения являются одним из наиболее безопасных способов улучшения здоровья, и пожилые люди зачастую могут извлечь больше пользы из физических упражнений, чем молодые. Основные умеренные силовые упражнения помогают пожилым людям справляться со своей повседневной деятельностью, отчасти облегчая хроническую боль при таких состояниях, как артрит и защемление нервов, помогая контролировать вес и таким образом предотвращая развитие таких заболеваний, как ожирение и диабет, снижая кровяное давление и укрепляя иммунную систему.

И все же, по меньшей мере, три четверти людей старше 65 лет не выполняют физических упражнений в рекомендуемых объемах, несмотря на известную пользу для здоровья, выражаемую как в увеличении продолжительности жизни, так и в улучшении ее качества (повышение выносливости, улучшение настроения, качества сна, гибкости тела, плотности костной ткани и т.д.).

Пожилым людям требуется руководство для регулярного выполнения безопасных и приемлемых физических упражнений, так как многие не знают, насколько интенсивно им следует выполнять физические упражнения, и не могут точно оценить свои способности.

В первую очередь, следует иметь в виду наличие абсолютных и относительных противопоказаний к занятиям физической культурой в пожилом возрасте.

<i>Абсолютные противопоказания</i>	<i>Относительные противопоказания</i>
<ul style="list-style-type: none"> - острый инфаркт миокарда — в течение 2 дней; - нестабильная стенокардия в текущий момент; - неконтролируемая аритмия с гемодинамическими нарушениями; - активный эндокардит; - тяжелый клинически выраженный аортальный стеноз; - декомпенсированная сердечная недостаточность; - острая эмболия легочной артерии, инфаркт легкого или тромбоз глубоких вен; - острый миокардит или перикардит; 	<ul style="list-style-type: none"> - установленный обструктивный стеноз ствола левой венечной артерии; - аортальный стеноз от умеренной до тяжелой степени с невыясненной взаимосвязью с симптомами; - тахиаритмии с неконтролируемой частотой сокращения желудочков; - приобретенная прогрессирующая или полная блокада сердца; - гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия с выраженным градиентом давления в состоянии покоя; - недавний инсульт или транзиторная ишемическая атака; - психические нарушения с ограниченной способностью к безопасному взаимодействию;

<ul style="list-style-type: none"> - острое расслоение аорты; - физические недостатки, препятствующие безопасному и адекватному выполнению упражнений. 	<ul style="list-style-type: none"> - артериальная гипертензия в состоянии покоя с систолическим или диастолическим давлением $> 200/110$ мм рт. ст. - нескорректированные соматические заболевания, такие как выраженная анемия, значительное нарушение электролитного баланса (гипокалиемия) и гипертриоз.
--	---

В любом случае перед началом выполнения комплекса упражнений пожилым людям следует *в обязательном порядке* пройти клиническое обследование, направленное на выявление заболеваний сердца и физических ограничений для тренировок, а также следует *обязательно проконсультироваться* с лечащим врачом или физиотерапевтом.

Так, помимо имеющихся заболеваний, при подборе индивидуальных физических упражнений для пожилого человека учитываются такие особенности, связанные с возрастом, как:

- снижение обмена веществ, повышение содержания продуктов распада в крови (это влияет на утомляемость, усталость и важно не допустить переутомления во время занятий);
- изменения скелета, снижение мышечного тонуса, нарушения осанки, походки из-за смещения центра тяжести;
- нарушения мозгового кровообращения, влияющие на координацию движений и равновесие;
- недержание мочи в связи с опущением внутренних органов;
- снижение дыхательной функции, емкости легких;
- нарушения подвижности глазных яблок, которые компенсируются поворотами головы и могут повлечь за собой головокружение;
- изменения психики (в пожилом возрасте могут усугубиться ранее имевшиеся недостатки характера: ворчливость, агрессивность, капризность, апатия).

Большинство пожилых людей с *относительными противопоказаниями* могут выполнять некоторые физические упражнения, хотя обычно с меньшей интенсивностью и в специально организованных условиях. Иногда укороченные периоды тренировок высокой интенсивности с отдыхом между подходами могут быть полезнее, чем выполнение продолжительного комплекса упражнений умеренной интенсивности.

Однако в любом случае следует *немедленно* прекратить тренировки и обратиться за медицинской помощью при развитии болей в груди, головокружения или сердцебиения. Занятия физкультурой следует прервать при появлении одышки: надо остановиться, чтобы отдохнуть, привести дыхание в норму. При выполнении упражнений в позиции стоя, пожилым людям необходимо обезопасить себя, использовать дополнительную опору в виде стула или стола. Запрещается делать упражнения, приводящие к потере равновесия.

Для людей, ведущих сидячий образ жизни, планирующих начать интенсивные упражнения, следует предусмотреть стресс-исследование при наличии у них любого из данных заболеваний:

- установленная ишемическая болезнь сердца или наличие ее симптомов;
- наличие двух и более факторов риска (например, гиперхолестеринемия, гипертония, ожирение, малоподвижный образ жизни, курение, раннее развитие ишемической болезни сердца в семейном анамнезе);
- диагностированная или подозреваемая болезнь легких;
- диагностированный или подозреваемый сахарный диабет.

Для того чтобы получить максимальную отдачу от физических тренировок, следует:

1. Определить занятие, которое нравится: это может быть прогулка с домашним животным, плавание или работа в саду.
2. Начинать медленно, а затем переходить к очень напряженной деятельности, вместо того чтобы постепенно ее наращивать.

3. Делать упражнения с другом или членом семьи, чтобы поддерживать друг друга, особенно в дни, когда лень.

4. Всегда консультироваться с врачом перед тем, как присоединиться к какой-либо программе упражнений.

Комплексная программа упражнений должна включать в себя:

Упражнения	Содержание
1. Аэробные упражнения для укрепления сердечно-сосудистой системы	<p>Примеры аэробных упражнений: бег, бег трусцой, быстрая ходьба, плавание, езда на велосипеде, катание на лыжах и использование аэробных тренажеров (беговая дорожка, подъем по лестнице или эллиптические машины). Выбор видов занятий должен основываться на рекомендациях врачей, личных предпочтениях пожилого человека и его способностях</p> <p>Упражнения выполняются не менее 30 минут в день по крайней мере 3 раза в неделю с 5-минутной разминкой и 5-минутной заминкой. Продолжительность аэробных упражнений для пожилых людей та же, как и для молодых взрослых, но упражнения должны быть менее интенсивными с тем, чтобы во время тренировки человек мог спокойно разговаривать, а не задыхаться и не хватать воздух ртом</p> <p>Как правило, необходимо чередование упражнений по времени: около 90 секунд умеренной активности чередуются примерно с 20—30 секунд интенсивных упражнений</p>
2. Силовые тренировки для увеличения мышечной массы тела	<p>Выполняются в соответствии с теми же принципами и методами, как и взрослыми людьми более молодого возраста. Вначале следует применять более легкую нагрузку (вес/отягощения), например, с использованием эспандера или отягощения легче 1 кг весом</p> <p>Для достижения умеренного улучшения физиологического состояния приемлемое время напряжения — около 60 секунд. Длительность напряжения 90-120 секунд приемлема при реабилитации травм и для повышения мышечной выносливости. Когда целью является увеличение силы, продолжительность напряжения более важна, чем количество повторов, поскольку количество повторов может изменяться в течение времени напряжения из-за различий в технике, длительности одного подхода и того, насколько медленно проводится каждый повтор</p>

	<p>В любом случае при силовых занятиях лицам пожилого возраста во избежание возможных травм и осложнений <i>запрещается</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выполнять маховые движения с большой амплитудой и интенсивностью; - выполнять любые резкие, быстрые «баллистические» движения со снарядами, особенно скручивание позвоночного столба; - делать наклоны вперед с прямым туловищем и поворотами в этом положении; - делать резкие движения головой, особенно сочетать наклоны с поворотами головой; - разгибать спину одновременно со скручиванием позвоночного столба; - стоя на колене и упоре на руки делать махи ногой, отведенной в сторону; - выполнять ассиметричные жимы и тяги (одной рукой) в положении стоя; - прогибать спину, выполняя упражнение на пресс «скручивание»; - сгибать колени до угла менее 90 градусов «под нагрузкой»; - наклоняться вперед из положения сидя с «круглой» спиной; - упражнять мышцы живота посредством подъема прямых ног.
3. Тренировки на развитие гибкости и чувства равновесия	<p>Для повышения гибкости основные группы мышц необходимо растягивать раз в день, без рывков или подпрыгиваний, в идеале после упражнений, при наибольшей податливости мышц. Упражнение на растяжение должно длиться в течение как минимум 10-30 секунд и не более 60 секунд. Каждая растяжка повторяется 2-3 раза</p> <p>Тренировка равновесия используется для профилактики падений и включает смещение центра тяжести при выполнении упражнений в неустойчивом положении, таких как стояние на одной ноге или удержание равновесия на «качающихся досках». Такая программа укрепляет суставы и помогает пожилым людям удерживать положение тела более эффективно при стоянии и ходьбе</p>

Людям, испытывающим трудности при стоянии и ходьбе из-за плохого равновесия, задания, связанные с развитием равновесия (например, стоя на «качающейся доске»), противопоказаны из-за возможного риска травмы. В этом случае рекомендованы следующие упражнения на равновесие:

- ходьба задом наперед;
- ходьба в бок (в стороны);
- ходьба на пятках;
- ходьба на пальцах ног;
- вставание из положения сидя

При выполнении физических упражнений следует придерживаться нескольких правил:

1. Физические упражнения должны быть неотделимы от последующего отдыха и восстановления сил: физические упражнения *стимулируют* изменения и адаптацию тканей, а отдых и восстановление сил после их выполнения *делают возможными* осуществление таких изменений и адаптации. Восстановление сил после упражнений так же важно, как и стимул к их выполнению.

2. Стимулирующее воздействие комплекса упражнений должно быть достаточным для адаптации организма к более высокому функциональному уровню, поддерживать достигнутый функциональный уровень или медленно его снижать, но не настолько быстро, чтобы привести к травме или нарушению нормальной работы организма. Большой объем физических упражнений или более высокая интенсивность физической активности не всегда лучше; слишком малая или чрезмерная активность может помешать достижению желаемых результатов. Упражнения необходимо варьировать, чтобы избежать сверхадаптации к одному и тому же стимулу, а также микротравм вследствие повторяющихся движений. Важно также включать упражнения с более низкой скоростью или меньшей интенсивностью в начале и в конце тренировки, чтобы таким образом разогреть и охладить тело, что помогает предотвратить травмы и уменьшить болезненность мышц.

3. Следует учитывать не только биологический, но и *субъективный* возраст пожилого человека, отражающий не сколько лет им прожито, а на сколько лет он себя ощущает. Например, у людей любого возраста, менее привыкших к выполнению аэробных упражнений (в меньшей степени тренированных), необходимая частота пульса будет достигаться гораздо раньше и с меньшими усилиями, что требует более короткого периода времени на упражнения, по крайней мере, на начальном этапе. Тучные люди могут быть детренированными и должны передвигать больший вес тела, тем самым заставляя сердечную мышцу дольше работать с повышенной частотой сокращений при менее активной деятельности, чем это наблюдается у более стройных людей. При соматических заболеваниях или при приеме определенных лекарственных препаратов (например, бета-блокаторов) может наблюдаться видоизмененная связь между возрастом и частотой сердечных сокращений. Безопасной отправной точкой могут быть 50-60% целевого сердечного ритма для данного возраста.

4. Необходимо соблюдать правила биомеханики тела для личной безопасности и эффективности силовых тренировок. Следует избегать рывков или падения тяжестей, которые могут вызвать незначительные повреждения тканей из-за внезапного ускорения. Не менее важно поощрять контролируемое дыхание, что предотвращает головокружение. Следует выдыхать во время подъема тяжести и вдыхать при одновременном опускании тяжести.

5. Важной является правильная гидратация тела (насыщение клеток водой). Перед началом выполнения упражнений нужно выпить достаточное количество жидкости, регулярно пить жидкость во время длительных нагрузок и восполнять ее дефицит после упражнений. Так, во время физической нагрузки следует выпивать примерно 120-240 мл (0,5-1 стакан) жидкости каждые 15-20 минут в зависимости от температуры и уровня физической нагрузки.

1.5.4. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ: КУДА СЛЕДУЕТ ОБРАЩАТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ

Согласно Клиническим рекомендациям МКБ 10: F00-03, G30-31, I67-69 «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста», разработанным Российской ассоциацией геронтологов и гериатров и Российским обществом психиатров и утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (2020), предусматриваются следующие виды медицинской и социальной помощи больным с когнитивными расстройствами.

1. Доврачебная медицинская помощь.

Недостаточная информированность о когнитивных расстройствах рождает стигматизацию, приводящую к социальной изоляции лиц с деменцией, членов их семей и к позднему обращению за медицинской и социальной помощью. Для улучшения ухода за больным в домашних условиях члены семьи, осуществляющие медико-социальный уход, нуждаются в поддержке со стороны общества. В условиях ограниченности медико-социальных ресурсов ориентация на информационно-просветительскую деятельность является одним из эффективных способов повышения качества жизни людей с деменцией и тех, кто осуществляет уход за ними.

Задачи доврачебной помощи:

1. Проведение информационно-просветительских и образовательных мероприятий (медицинские учреждения, социальные службы, общественные организации, государственные структуры, средства массовой информации).
2. Выявление ранних когнитивных нарушений, в том числе выявление поведенческих расстройств, тревожно-депрессивных расстройств, суицидальных мыслей, бредовых идей и галлюцинаций, проведение скринингов, выполнение которых не требует специфических навыков (члены семьи, работники организаций социального обслуживания).

3. Обеспечение доступной и безопасной окружающей среды и повышение безопасности условий проживания, в том числе связанной с предотвращением рисков падений, в соответствии с программой «Доступная среда» (органы исполнительной власти субъекта РФ).

4. Формирование здорового образа жизни и создание условий для физической активности граждан старшего возраста в соответствии с планом мероприятий Федерального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение» национального проекта «Демография» (органы исполнительной власти субъекта РФ).

Основные направления работы с гражданами пожилого возраста региона установлены Комплексной программой Свердловской области «Старшее поколение» до 2025 года, утвержденной Постановлением Правительства Свердловской области № 952-ПП от 26.12.2018 г.

В рамках Комплексной программы предусмотрено проведение мероприятий, направленных на улучшение качества жизни граждан старшего поколения, в том числе:

1. Повышение качества, расширение перечня и доступности медицинской помощи и социальных услуг в соответствии с национальными стандартами;

2. Создание условий для активного долголетия, повышение конкурентоспособности граждан пожилого возраста на рынке труда, развитие различных форм клубной работы, школ пожилого возраста и социального туризма;

3. Развитие материально-технической базы организаций социального обслуживания граждан, оснащение их необходимым имуществом и оборудованием, создание комфортных условий для получателей социальных услуг.

В рамках реализации Комплексной программы в регионе на базе организаций социального обслуживания ведут работу Школы пожилого возраста. *Школа пожилого возраста* — это реабилитационные инновационные технологии, нацеленные на овладение пожилым человеком способностями

социального самообеспечения и социальной самозащиты. Школы пожилого возраста относятся к новым формам социального обслуживания: реабилитационным, профилактическим, консультационным, активным формам предоставления просветительских услуг.

Наряду с курсами по активному долголетию, востребованными в настоящее время являются такие направления работы Школ пожилого возраста, как «Творческая и прикладная деятельность», «Безопасная жизнедеятельность», «Социальный туризм», «Финансовая грамотность».

Главной целью Школ пожилого возраста является продление активного долголетия пожилых граждан.

Целью направления «Активное долголетие» является пропаганда здорового образа жизни среди граждан пожилого возраста, получение ими теоретических знаний и практических навыков активного долголетия, изучение современных методик оценки состояния здоровья и профилактики заболеваний, основ рационального питания, восстановительной лечебной гимнастики, скандинавской ходьбы и др.

В этой связи организован практический курс «Обучение навыкам ухода», направленный на обучение сотрудников социальных служб и родственников граждан, нуждающихся в постороннем уходе, основам медико-социальной помощи, организации необходимого ухода.

2. Первичная врачебная медико-санитарная помощь.

Оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи предусматривает проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также организацию амбулаторного приема пациентов, обратившихся самостоятельно или по совету родственников / специалистов социальных служб.

Задачи первичной врачебной медико-санитарной помощи:

1. Скрининг когнитивных нарушений и старческой астении;

2. Выявление и коррекция факторов риска, наблюдение за пациентами и их маршрутизация к врачам-специалистам в зависимости от клинической ситуации;

3. Профилактика и раннее выявление когнитивных нарушений.

Помощь осуществляют участковые терапевты, врачи общей практики, семейные врачи и специалисты кабинетов медицинской профилактики.

3. Первичная специализированная медико-санитарная помощь.

Задачи первичной специализированной медико-санитарной помощи:

1. Профилактика и раннее выявление когнитивных нарушений;

2. Диагностика, лечение и реабилитация пациентов, взаимодействие с социальными службами;

3. Проведение нейрокогнитивных тренингов для пациентов и школ для лиц, осуществляющих за ними уход.

Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи предусматривает наличие/создание в структуре гериатрических центров или медицинских организаций амбулаторно-поликлинической службы:

- кабинетов специалистов (невролог, психиатр);

- кабинетов нарушений памяти (гериатр, невролог, психиатр, обладающий знаниями и навыками клинического и инструментального обследования больных с когнитивными нарушениями и прошедший соответствующее тематическое усовершенствование, нейропсихолог);

- школ нейрокогнитивной реабилитации (гериатр, невролог, психиатр нейропсихолог, эрготерапевт);

- школ для пожилых людей и членов их семей/ухаживающих лиц.

4. Специализированная, в том числе высокотехнологическая, медицинская помощь.

Данный вид помощи должен оказываться всем госпитализированным пациентам 60 лет и старше независимо от повода и профиля госпитализации в период нахождения в стационаре. В частности, рекомендуется

- оценивать наличие когнитивных нарушений по тесту Мини-Ког;
- проводить скрининг гериатрического делирия с использованием шкалы спутанности сознания.

Результаты оценки документируются в истории болезни, осуществляются меры ухода и наблюдения в соответствии с регламентами по профилактике и раннему выявлению когнитивных нарушений, ранней диагностики и коррекции делирия. В выписке даются соответствующие рекомендации по консультированию и дальнейшей маршрутизации пациента.

Специализированная, в том числе высокотехнологическая, медицинская помощь должна оказываться на базе:

- гериатрических отделений / гериатрических центров (geriatr, рентгенолог- специалист по проведению МРТ);
- специализированных отделений: неврологических, психиатрических (geriatr, невролог, психиатр, обладающий знаниями и навыками клинического и инструментального обследования больных с когнитивными нарушениями и прошедший соответствующее тематическое усовершенствование, нейропсихолог).

В структуре соответствующих многопрофильных больниц, НИИ, рекомендуется организовывать региональные, городские, муниципальные центры когнитивных расстройств.

5. Долговременная медико-социальная помощь и уход.

Задачи долговременной медико-социальной помощи и ухода:

1. Социальное сопровождение и уход за данной категорией граждан;
2. Реализация мероприятий Федерального проекта «Старшее поколение» по созданию системы долговременного ухода.

Предусматривается оказание помощи на дому, на базе стационарных учреждений социального обслуживания, отделений сестринского ухода и паллиативных отделений.

Долговременную медико-социальную помощь и уход осуществляют врачи различных специальностей, врачи по паллиативной медицинской помощи, специалисты по уходу и социальной работе, медицинские психологи, средний и младший медицинский персонал, прошедший соответствующее тематическое усовершенствование.

Следует иметь в виду, что госпитализация пациентов старшего возраста может негативно отражаться на течении когнитивных расстройств, особенно деменции, и приводить к нарастанию их тяжести. У пациентов показаниями для госпитализации являются:

1. Необходимость выполнения стационарного обследования с целью уточнения диагноза.
2. Острое нарастание тяжести когнитивных расстройств.
3. Невозможность купирования в амбулаторных условиях соматических или нервно-психических расстройств, социально опасного поведения.

В целом же:

Если обнаруживаются признаки депрессии, можно обратиться за помощью к врачу-психотерапевту (психиатру).

Если имеются начальные признаки деменции, необходимо обратиться за помощью к врачу-невропатологу. Сделать это можно в поликлинике по месту жительства (врач назначит вам дополнительные обследование и рекомендует препараты, которые затормозят развитие заболевания).

В случае если отмечаются выраженные признаки деменции, необходимо обратиться к врачу-психиатру.

Помощь психиатра и психотерапевта можно получить в психоневрологическом диспансере. В этом учреждении прием пациентов осуществляется бесплатно, анонимно, без направления. При себе необходимо иметь паспорт и полис обязательного медицинского страхования.

2. ДИДАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

2.1. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ: ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТИРОВАНИЯ И ИНТЕРПРЕТАЦИИ

*Ничто так быстро не старит человека,
как постоянная мысль о том, что он стареет.*
Георг Кристофф Лихтенберг

Введение

- 2.1.1. Аризонский опросник для родственников.*
- 2.1.2. Шкала оценки повседневной активности.*
- 2.1.3. Модифицированная методика Мини-Ког (Mini-Gog).*
- 2.1.4. Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE).*
- 2.1.5. Монреальская шкала оценки когнитивных функций.*
- 2.1.6. Госпитальная шкала тревоги и депрессии.*

Оценка результатов нейропсихологического тестирования.

ВВЕДЕНИЕ

Психологическое тестирование является достаточно объективным способом оценки состояния когнитивных функций и целесообразно в следующих ситуациях:

- при наличии активных жалоб когнитивного характера со стороны пожилого человека;
- если у врача в процессе общения с пациентом складывается собствен-

ное подозрение на наличие когнитивных нарушений (например, при трудностях сбора жалоб, анамнеза, невыполнении рекомендаций);

- при необычном поведении пожилого человека, снижении критики, чувства дистанции или при возникновении в пожилом возрасте психотических расстройств;
- если третьи лица (родственники, сослуживцы, друзья) сообщают о снижении памяти или других когнитивных способностей пациента.

Подозрение об имеющейся у пожилого человека когнитивной недостаточности должно возникать при наличии жалоб:

- на снижение памяти по сравнению с прошлым;
- на ухудшение умственной работоспособности;
- на трудности концентрации внимания или сосредоточения;
- на повышенную утомляемость при умственной работе;
- на тяжесть или ощущение «пустоты» в голове, иногда необычные, даже вычурные ощущения в голове;
- на трудности подбора слова в разговоре или выражении собственных мыслей;
- на снижение зрения или слуха при отсутствии или незначительной выраженности заболеваний глаза и органа слуха;
- на неловкость или трудности выполнения привычных действий при отсутствии мышечной слабости или иных нарушений, вызванных неврологическими заболеваниями;
- на наличие трудностей при профессиональной деятельности, социальной активности, взаимодействии с другими людьми, в быту и при самообслуживании.

Любая из вышеперечисленных жалоб является основанием для проведения объективной оценки состояния когнитивных функций с помощью нейропсихологических методов исследования. Ниже приведены наиболее

известные и, в то же время, достаточно простые по применению тестовые инструменты для предварительной и своевременной диагностики когнитивных нарушений.

2.1.1. АРИЗОНСКИЙ ОПРОСНИК ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ

Аризонский опросник для родственников (The Alzheimer's Questionnaire) предназначен для определения выраженности когнитивных нарушений по оценке информанта.

Для того чтобы оценить потребность близкого для Вас человека в помощи в связи с имеющимися у него проблемами с памятью ответьте на следующие вопросы:

Вопросы	Варианты ответа	
	Да	Нет
1. У близкого Вам человека есть проблемы с памятью?	1	0
2. Если это так, стала память хуже, чем несколько лет назад?	1	0
3. Ваш близкий повторяет один и тот же вопрос или высказывает одну и ту же мысль несколько раз в течение дня?	2	0
4. Забывает ли он о назначенных встречах или событиях?	1	0
5. Кладет ли он вещи в непривычные места чаще 1 раза в месяц?	1	0
6. Подозревает ли близких в том, что они прячут или крадут его вещи, когда не может найти их?	1	0
7. Часто ли он испытывает трудности при попытке вспомнить текущий день недели, месяц, год?	2	0
8. Он испытывает проблему с ориентацией в незнакомом месте?	1	0
9. Усиливается ли рассеянность за пределами дома, в поездках?	1	0
10. Возникают ли проблемы при подсчете сдачи в магазине?	1	0

11. Есть ли трудности с оплатой счетов, финансовых операций?	2	0
12. Забывает ли он принимать лекарства? Были случаи, когда он не мог вспомнить, принимал ли он уже лекарство?	1	0
13. Есть ли проблемы с управлением автомобилем?	1	0
14. Возникают ли трудности при пользовании бытовыми приборами, телефоном, телевизионным пультом?	1	0
15. Испытывает ли он затруднения, выполняя работу по дому?	1	0
16. Потерял ли он интерес к привычным увлечениям?	1	0
17. Может ли Ваш близкий потеряться на знакомой территории (например, рядом с собственным домом)?	2	0
18. Утрачивает ли чувство правильного направления движения?	1	0
19. Случается ли, что Ваш близкий не только забывает имена, но и не может вспомнить нужное слово?	1	0
20. Путает ли Ваш близкий имена родственников или друзей?	2	0
21. Есть ли у него проблемы с узнаванием знакомых людей?	2	0

Интерпретация результатов:

1. Результат ниже 5 баллов говорит об отсутствии значимых проблем в когнитивной сфере.
2. Значение в промежутке от 5 до 14 баллов предполагает обращение к врачу, так как может свидетельствовать о наличии умеренных когнитивных нарушений, которые лучше не оставлять без внимания. Нередко такие нарушения — первая стадия в развитии более серьезных проблем. У 15% лиц, которым поставлен диагноз «умеренные когнитивные расстройства», в течение года развиваются более тяжелые нарушения — деменция.
3. Всякий результат свыше 14 баллов свидетельствует о довольно высокой вероятности деменции у близкого вам человека и о необходимости срочно обратиться за помощью к врачу.

2.1.2. ШКАЛА ОЦЕНКИ ПОВСЕДНЕВНОЙ АКТИВНОСТИ

Шкала оценки повседневной активности (Barthel Activities of daily living Index) предназначена для оценки повседневной бытовой активности пожилого человека.

Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности, так и для проведения мониторинга с целью определения эффективности ухода, однако при заполнении анкеты индекса Бартел необходимо придерживаться следующих правил:

1. Индекс отражает реальные действия, а не предполагаемые.
2. Необходимость присмотра означает, что пожилой человек не относится к категории тех, кто не нуждается в помощи (он не независим).
3. Уровень функционирования определяется наиболее оптимальным для конкретной ситуации путем расспроса пожилого человека, его родственников, однако важны непосредственные наблюдения и здравый смысл. Прямое тестирование не требуется.
4. Обычно оценивается функционирование в период предшествующих 24-48 часов.
5. Средние категории означают, что пожилой человек осуществляет более 50% необходимых для выполнения той или иной функции усилий.
6. Категория «независим» допускает использование вспомогательных средств.

Баллы по шкале Бартел начисляются следующим образом:

Прием пищи:	
10 баллов	не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами
5 баллов	частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи
0 баллов	полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)

Персональный туалет (умывание лица, причесывание, чистка зубов, бритье):

5 баллов	не нуждаюсь в помощи
0 баллов	нуждаюсь в помощи

Одевание:

10 баллов	не нуждаюсь в посторонней помощи
5 баллов	частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д.
0 баллов	полностью нуждаюсь в посторонней помощи

Прием ванны:

5 баллов	принимаю ванну без посторонней помощи
0 баллов	нуждаюсь в посторонней помощи

Контроль тазовых функций (мочеиспускания, дефекации):

20 баллов	не нуждаюсь в помощи
10 баллов	частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера)
0 баллов	постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций

Посещение туалета:

10 баллов	не нуждаюсь в помощи
5 баллов	частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.)
0 баллов	нуждаюсь в использовании судна, утки

Вставание с постели:

15 баллов	не нуждаюсь в помощи
10 баллов	нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке
5 баллов	могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка
0 баллов	не способен встать с постели даже с посторонней помощью

Передвижение:

15 баллов	могу без посторонней помощи передвигаться на расстояния до 500 м
-----------	--

10 баллов	могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м
5 баллов	могу передвигаться с помощью инвалидной коляски
0 баллов	не способен к передвижению
<i>Подъем по лестнице:</i>	
10 баллов	не нуждаюсь в помощи
5 баллов	нуждаюсь в наблюдении или поддержке
0 баллов	не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой

Интерпретация результатов: посчитайте общее количество баллов и определите уровень повседневной активности жизни пожилого человека.

- 0-20 баллов — полная зависимость;
- 25–60 баллов — выраженная зависимость;
- 65–90 баллов — умеренная зависимость;
- 91–99 баллов — легкая зависимость;
- 100 баллов — полная независимость.

2.1.3. МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА МИНИ-КОГ (MINI-GOG)

Модифицированная методика Мини-Ког (Mini-Gog) разработана для скрининговой оценки наличия выраженных когнитивных нарушений.

Выполнение данной методики позволяет бегло оценить наличие несомненных когнитивных нарушений, однако она недостаточно чувствительна к недементным когнитивным расстройствам.

Последовательность выполнения и интерпретация результатов:

1. Проинструктируйте пожилого человека:

Применение	«Повторите три слова: лимон, ключ, шар». Слова должны произноситься максимально четко и разборчиво, со скоростью 1 слово в секунду.
------------	---

	<p>После того как пожилой человек повторил все три слова, нужно попросить его: «А теперь запомните эти слова. Повторите их еще один раз».</p> <p>Добиваемся того, чтобы пожилой человек самостоятельно вспомнил все три слова.</p> <p>При необходимости предъявляем слова повторно до 5 раз.</p>
Оценка	Пожилой человек получает по одному баллу за каждое слово, повторенное без подсказки (всего 0-3 балла)
2. Проинструктируйте пожилого человека:	
Применение	<p>«Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате и со стрелками. Все цифры должны стоять на своих местах, а стрелки должны указывать на 13:45».</p> <p>Больной должен самостоятельно нарисовать круг, расставить цифры, изобразить стрелки. Подсказки не допускаются. Больной также не должен смотреть на реальные часы у себя на руке или на стене.</p> <p>Вместо 13:45 можно попросить поставить стрелки на любое другое время.</p>
Оценка	<p>За рисование часов — 0-2 балла.</p> <p>1 балл — все цифры расставлены в правильном порядке и приблизительно на то место, которое они занимают на циферблате.</p> <p>1 балл — стрелки указывают правильное время; длина стрелок (часовая, минутная) не оценивается.</p> <p>Неспособность или отказ нарисовать часы — 0 баллов.</p>
3. Проинструктируйте пожилого человека:	
Применение	<p>«Теперь давайте вспомним три слова, которые мы учили в начале».</p> <p>Если больной самостоятельно не может вспомнить слова, можно предложить подсказку. Например: «Вы запоминали еще какой-то фрукт... инструмент... геометрическую фигуру».</p>
Оценка	<p>Общий результат представляет собой сумму результатов двух заданий: «Запоминания слов» и «Рисования часов» и составляет от 0 до 5 баллов.</p> <p>Если набрано менее 3 баллов, это основание предположить деменцию. Впрочем, многие люди с клинически значимыми когнитивными расстройствами набирают больше двух баллов.</p>

	Поэтому для большей чувствительности теста рекомендуется рассматривать как свидетельствующий о необходимости более глубокого обследования результат менее 4 баллов.
--	---

2.1.4. КРАТКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА (MMSE)

Краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination, MMSE) предназначена для выявления (скрининга) и оценки тяжести когнитивного расстройства.

<i>Когнитивная сфера</i>	<i>Оценка (в баллах)</i>
1. Ориентировка во времени: Назовите (год), (время года), (месяц), (число), (день недели)	0 — 5 Максимальный балл (5)дается, если больной самостоятельно и правильно называет число, день недели, месяц, год и время года. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.
2. Ориентировка в месте: Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, этаж)	0 — 5 Если больной отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Больной должен назвать страну, область, город, учреждение, в котором происходит обследование, этаж. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.
3. Восприятие: Повторите 3 слова: яблоко, стол, монета	0 — 3 Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. За каждое правильно воспроизведенное слово начисляется 1 балл. Следует предъявлять слова столько, сколько это необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил, однако оценивается в баллах лишь первое повторение.

4. Концентрация внимания: Серийный счет («от 100 отнять 7») — пять раз; либо: Произнесите слово «земля» наоборот	0 — 5 Каждая ошибка снижает оценку на 1 балл. Если пожилой человек не способен выполнить это задание, его просят произнести слово «земля» наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на 1 балл.
5. Память: Припомните 3 слова (см. п. 3)	0 — 3 Каждое правильно названное слово оценивается в 1 балл.
6. Речевые функции:	
Называние предметов (ручка и часы)	0 — 2 Поочередно показывают предметы и спрашивают: «Что это такое?» Каждый правильный ответ оценивается в 1 балл.
Повторите предложение: «Одно нынче лучше двух завтра»	0 — 1 Правильное повторение оценивается в 1 балл.
3-этапная команда: «Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол»	0 — 3 (по 1 баллу за каждое верное действие) Предусматривается последовательное выполнение трех вышеуказанных действий. Каждое действие оценивается в 1 балл
Прочтите и выполните: «Закройте глаза»	0 — 1 Инструкция должна быть написана достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги.
Напишите предложение	0 — 1 Пациент должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное предложение
Срисуйте рисунок	0 — 1 Пациенту дается образец (два перекрещенных прямоугольника с равными углами), который он должен перерисовать на чистой нелинованной бумаге. Если при перерисовке возникают пространственные искажения или несоединение линий, выполнение команды считается неправильным. При этом не учитываются искажения фигур, обусловленные трепором.

Общий балл и интерпретация	<p>0 — 30</p> <p>25 — 30 баллов — недементные когнитивные расстройства или норма</p> <p>24 балла и менее — деменция (ориентировочно 20-24 балла — деменция легкой степени выраженности; 11-19 баллов — деменция умеренной степени выраженности; 0-10 баллов — тяжелая деменция).</p>
----------------------------	--

Данная шкала широко используется в качестве скринингового метода диагностики выраженных когнитивных нарушений, однако она имеет следующие недостатки:

1. Недопустима высокая частота применения шкалы у одного и того же больного в связи с возможной обучаемостью вопросам.
2. Шкала является малочувствительной для диагностики когнитивного дефицита у лиц с низким и очень высоким уровнем образования.
3. Шкала обладает недостаточной чувствительностью при диагностике додементных когнитивных нарушений.

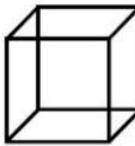
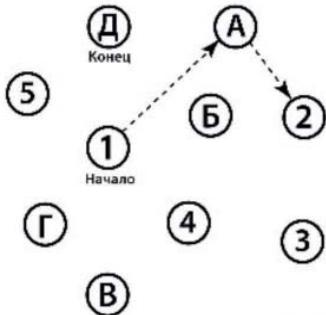
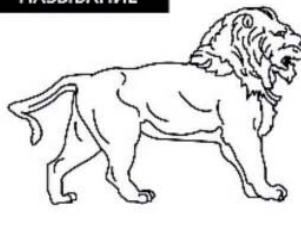
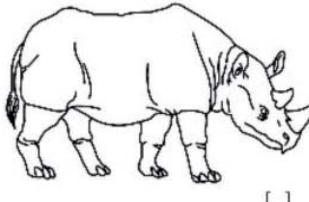
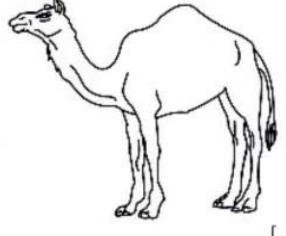
Стоит также учитывать, что шкала позволяет оценить тяжесть когнитивных расстройств только ориентировочно, в частности, это касается диагностики деменции, при верификации которой ключевым моментом является подтверждение нарушений функционального статуса и повседневной активности.

2.1.5. МОНРЕАЛЬСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

Монреальская шкала оценки когнитивных функций (The Montreal Cognitive Assessment, MoCA-тест) разработана для быстрой оценки (скрининга) тяжести умеренных когнитивных нарушений.

Шкала оценивает следующие когнитивные сферы: внимание и концентрацию, управляемые функции, память, язык, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентацию.

**Монреальская шкала оценки
когнитивных функций**
ИМЯ:
Образование:
Пол:
Дата рождения:
ДАТА:

Зрительно-конструктивные/исполнительные навыки		 Скопируйте куб		Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут двенадцатого) (3 балла)		БАЛЛЫ	
 Начало Конец		<input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> []		<input type="checkbox"/> Контур <input type="checkbox"/> Цифры <input type="checkbox"/> Стрелки		5	
НАЗВАНИЕ		 <input type="checkbox"/> []		 <input type="checkbox"/> []		 <input type="checkbox"/> []	3
ПАМЯТЬ		Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут.		<input type="checkbox"/> ЛИЦО <input type="checkbox"/> БАРХАТ <input type="checkbox"/> ЦЕРКОВЬ <input type="checkbox"/> ФИАЛКА <input type="checkbox"/> КРАСНЫЙ		нет баллов	
ВНИМАНИЕ		Прочтите список цифр (1 цифра/сек). Испытуемый должен повторить их в прямом порядке. Испытуемый должен повторить их в обратном порядке.		<input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 <input type="checkbox"/> 7 4 2		2	
ПРОЧИЕ		Прочтите ряд букв. Испытуемый должен клопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при > 2 ошибок.		<input type="checkbox"/> Ф Б А В И Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А Ж А М О Ф А А Б		1	
СЕРИЙНОСТЬ		Серийно вычитались по 7 из 100.		<input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65		3	
РЕЧЬ		4-5 правильных отв.: 3 балла, 2-3 правильных отв.: 2 балла, 1 правильный отв.: 1 балл, 0 правильных отв.: 0 баллов.					
АБСТРАКЦИЯ		Повторите: Я знаю только одно, что Иван – это тот, кто может сегодня помочь. Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате.		<input type="checkbox"/>		2	
ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ		Что общего между словами, например, банан-яблоко = фрукты		<input type="checkbox"/> поезд – велосипед <input type="checkbox"/> часы – линейка		1	
ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ		Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ		<input type="checkbox"/> ЛИЦО <input type="checkbox"/> БАРХАТ <input type="checkbox"/> ЦЕРКОВЬ <input type="checkbox"/> ФИАЛКА <input type="checkbox"/> КРАСНЫЙ		5	
ОРИЕНТАЦИЯ		Подсказка категории Множественный выбор					
ПРОФИЛЕЙКА		[] Дата [] Месяц [] Год [] День недели [] Место [] Город				6	
© Z.Nasreddine MD		Version 7.1		www.mocatest.org		Норма 26 / 30	
Проведено:						КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ	30
						Добавить 1 балл: если образование ≤ 12	

Последовательность выполнения и интерпретация результатов:
1. Создание альтернирующего пути
Применение

Исследователь инструктирует испытуемого: «Пожалуйста, нарисуйте линию, идущую от цифры к букве в возрастающем порядке. Начните здесь [указать на (1)] и нарисуйте линию от 1, затем к А, затем к 2 и так далее. Закончите здесь [точка (Д)]».

Оценка	Присваивается один балл, если испытуемый успешно нарисует линию следующим образом: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д, без пересечения линий. Любая ошибка, которая немедленно не исправлена самим испытуемым, приносит 0 баллов.
--------	---

2. Зрительно-конструктивные навыки (Куб)

Применение	Исследователь дает следующие инструкции, указывая на куб: «Скопируйте этот рисунок так точно, как можете, на свободном месте под рисунком».
Оценка	Один балл присваивается при соблюдении следующих условий: рисунок должен быть трехмерным; все линии были нарисованы; нет лишних линий; линии относительно параллельны, и их длина одинакова (прямоугольная призма допускается). Балл не дается, если любой из вышеперечисленных критерий не соблюдается.

3. Зрительно-конструктивные навыки (Часы)

Применение	Укажите на правую треть свободного пространства на бланке и дайте следующие инструкции: «Нарисуйте часы. Расставьте все цифры и укажите время 10 минут 12-го».
Оценка	Один балл присваивается для каждого из трех следующих пунктов: Контур (1 балл): циферблат должен быть круглым, допускается лишь незначительное искривление (легкое несовершенство при замыкании круга); Цифры (1 балл): все цифры на часах должны быть представлены, без дополнительных чисел; цифры должны стоять в правильном порядке и быть размещены в соответствующих квадрантах на циферблате; римские цифры допускаются; цифры могут быть расположены вне контура циферблата; Стрелки (1 балл): должно быть две стрелки, совместно показывающие правильное время; часовая стрелка должна быть очевидно короче, чем минутная стрелка; стрелки должны быть расположены в центре циферблата, с их соединением близко к центру. Балл не присваивается для данного пункта, если любой из вышеперечисленных критерий не соблюдается.

4. Название	
Применение	Начиная слева, указать на каждую фигуру и сказать: «Назовите это животное».
Оценка	Один балл присваивается для каждого из следующих ответов: (1) верблюд или одногорбый верблюд, (2) лев, (3) носорог.
5. Память	
Применение	<p>Исследователь читает список из 5 слов с частотой одно слово в секунду, следует дать следующие инструкции: «Это тест на память. Я буду вам читать список слов, которые вы должны будете запомнить. Слушайте внимательно. Когда я закончу, назовите мне все слова, которые Вы запомнили. Не важно, в каком порядке вы их назовете».</p> <p>Делайте отметку в отведенном месте для каждого слова, когда испытуемый его называет при первой попытке.</p> <p>Когда испытуемый укажет, что он закончил (назвал все слова), или не может вспомнить больше слов, прочтите список во второй раз со следующими инструкциями: «Я прочту те же самые слова во второй раз. Попытайтесь запомнить и повторить столько слов, сколько сможете, включая те слова, которые вы повторили в первый раз».</p> <p>Поставьте отметку в отведенном месте для каждого слова, которое испытуемый повторит при второй попытке.</p> <p>В конце второй попытки проинформируйте испытуемого, что его (ее) попросят повторить данные слова: «Я попрошу вас повторить эти слова снова в конце теста».</p>
Оценка	Баллов недается ни для первой, ни для второй попыток.
6. Внимание	
Применение	<p>Прямой цифровой ряд. Дайте следующие инструкции: «Я назову несколько чисел, и когда я закончу, повторите их в точности, как я их назвал». Прочтите пять чисел последовательно с частотой одно число в секунду.</p> <p>Обратный цифровой ряд. Дайте следующие инструкции: «Я назову несколько чисел, но когда я закончу, вам будет необходимо повторить их в обратном порядке». Прочтите последовательность из трех чисел с частотой одно число в секунду.</p>
Оценка	Присвоить один балл за каждую точно повторенную последовательность (точный ответ для обратного счета 2-4-7).

Применение	Бдительность. Исследователь читает список букв с частотой одна буква в секунду, после следующих инструкций: «Я прочту вам ряд букв. Каждый раз, когда я назову букву А, хлопните рукой один раз. Если я называю другую букву, рукой хлопать не нужно».
Оценка	Один балл присваивается, если нет ни одной ошибки, либо есть лишь одна ошибка (ошибкой считается, если пациент хлопает рукой при назывании другой буквы или не хлопает при назывании буквы А).
Применение	Серийное вычитание по 7. Исследователь дает следующие инструкции: «Теперь я попрошу вас из 100 вычесть 7, а затем продолжать вычитание по 7 из вашего ответа, пока я не скажу стоп». При необходимости, повторите инструкцию.
Оценка	Данный пункт оценивается в 3 балла. Присваивается 0 баллов при отсутствии правильного счета, 1 балл за один правильный ответ, 2 балла за два-три правильных ответа и 3 балла, если испытуемый дает четыре или пять правильных ответов. Считайте каждое правильное вычитание по 7, начиная со 100. Каждое вычитание оценивается независимо; так, если участник дает неправильный ответ, но затем продолжает точно вычитать по 7 из него, дайте балл за каждое точное вычитание. Например, участник может отвечать «92-85-78-71-64», где «92» является неверным, но все последующие значения вычитываются правильно. Это одна ошибка, и в данном пункте присваивается 3 балла.
7. Повторение фразы	
Применение	Исследователь дает следующие инструкции: «Я прочту вам предложение. Повторите его, в точности как я скажу (пауза): Я знаю то, что Иван единственный, кто может сегодня помочь». Вслед за ответом скажите: «Теперь я прочту Вам другое предложение. Повторите его, в точности как я скажу (пауза): Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате».

Оценка	<p>Присвойте 1 балл за каждое правильно повторенное предложение. Повторение должно быть точным.</p> <p>Внимательно слушайте в поиске ошибок вследствие пропусков слов (например, пропуск «лишь», «всегда») и замены/добавления (например, «Иван один, кто помог сегодня»; замещение «прячется» вместо «пряталась», употребление множественного числа и т.д.).</p>
8. Беглость речи	
Применение	<p>Исследователь дает следующие инструкции: «Назовите мне как можно больше слов, начинающихся на определенную букву алфавита, которую я вам сейчас скажу. Вы можете называть любой вид слова, за исключением имен собственных (таких как Петр или Москва), чисел или слов, которые начинаются с одинакового звука, но имеют различные суффиксы, например любовь, любовник, любить. Я остановлю вас через одну минуту. Вы готовы? (Пауза) Теперь назовите мне столько слов, сколько сможете придумать, начинающихся на букву С. (Время 60 сек). Стоп».</p>
Оценка	<p>Присваивается один балл, если испытуемый назовет 11 слов или более за 60 сек. Запишите ответы внизу или сбоку страницы.</p>
9. Абстракция	
Применение	<p>Исследователь просит испытуемого объяснить, что общего имеется у каждой пары слов, начиная с примера: «Скажите, что общего имеется между бананом и яблоком». Если пациент отвечает конкретным образом, скажите еще лишь один раз: «Назовите, чем еще они похожи». Если испытуемый не дает правильный ответ (фрукт), скажите, «Да, а еще они оба — фрукты». Не давайте никаких других инструкций или пояснений.</p> <p>После пробной попытки, скажите: «А теперь скажите, что общего между поездом и велосипедом».</p> <p>После ответа, дайте второе задание, спросив: «Теперь скажите, что общего между линейкой и часами».</p> <p>Не давайте никаких других инструкций или подсказок.</p>

Оценка	<p>Учитываются только две последние пары слов. Даётся 1 балл за каждый правильный ответ.</p> <p>Правильными считаются следующие ответы:</p> <p>Поезд-велосипед = средства передвижения, средства для путешествия, на обоих можно ездить;</p> <p>Линейка-часы = измерительные инструменты, используются для измерения.</p> <p>Следующие ответы не считаются правильными:</p> <p>Поезд-велосипед = у них есть колеса; линейка-часы = на них есть числа.</p>
--------	---

10. Отсроченное воспроизведение

Применение	<p>Исследователь даёт следующие инструкции: «Я Вам ранее читал ряд слов и просил Вас их запомнить. Назовите мне столько слов, сколько можете вспомнить». Делайте пометку за каждое правильно названное без подсказки слово в специально отведенном месте.</p>
Оценка	<p>Присваивается 1 балл за каждое названное слово без каких-либо подсказок</p>
Применение (по желанию)	<p>После отсроченной попытки вспомнить слова без подсказки, дайте испытуемому подсказку, в виде семантического категориального ключа для каждого неназванного слова. Сделайте отметку в специально отведенном месте, если испытуемый вспомнил слово с помощью категориальной подсказки или подсказки множественного выбора.</p> <p>Подскажите таким образом все слова, которые испытуемый не назвал. Если испытуемый не назвал слово после категориальной подсказки, следует дать ему/ей подсказку в форме множественного выбора, используя следующие инструкции: «Какое из слов, по вашему мнению, было названо НОС, ЛИЦО или РУКА?»</p> <p>Используйте следующие категориальные подсказки и/или подсказки множественного выбора для каждого слова:</p> <p>ЛИЦО (категориальная подсказка): часть тела; (множественный выбор): нос, лицо, рука;</p> <p>БАРХАТ (категориальная подсказка): тип ткани; (множественный выбор): джинс, хлопок, бархат;</p> <p>ЦЕРКОВЬ (категориальная подсказка): тип здания; (множественный выбор): церковь, школа, больница;</p>

	ФИАЛКА (категориальная подсказка): тип цветка; (множественный выбор): роза, тюльпан, фиалка; КРАСНЫЙ (категориальная подсказка): цвет; (множественный выбор): красный, синий, зеленый.
Оценка	За воспроизведение слов с подсказкой баллы не даются. Подсказки используются лишь для информационных клинических целей и могут дать интерпретатору теста дополнительную информацию о типе нарушения памяти. При нарушении памяти вследствие нарушения извлечения, выполнение улучшается при помощи подсказки. При нарушениях памяти вследствие нарушения кодирования, выполнение теста после подсказки не улучшается.

11. Ориентация

Применение	Исследователь дает следующие инструкции: «Назовите мне сегодняшнюю дату». Если испытуемый не дает полный ответ, то дайте соответствующую подсказку: «Назовите (год, месяц, точную дату и день недели)». Затем скажите: «А теперь, назовите мне данное место, и город, в котором оно находится».
Оценка	Присваивается один балл за каждый правильно названный пункт. Испытуемый должен назвать точную дату и точное место (название больницы, клиники, поликлиники). Не присваивается балл, если пациент делает ошибку в дне недели или дате

Общий балл

Время для проведения MoCA-теста составляет примерно 10 минут. Суммируются все баллы в правой колонке. Добавить один балл, если у пациента 12 лет образования или менее, до возможного максимума 30 баллов. Максимально возможное количество баллов — 30. 26 баллов и более считается нормальным. 25 баллов и менее свидетельствуют о наличии когнитивных нарушений.

2.1.6. ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) предназначена для оценки выраженности тревожных и депрессивных состояний.

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы:

- «тревога» («Т», нечетные пункты — 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13)

- «депрессия» («Д», четные пункты — 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность).

Т	1. Я напряжен. Мне не по себе
3	все время
2	часто
1	время от времени, иногда
0	совсем не испытываю
Д	2. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает такое же чувство
0	определенно это так
1	наверное, это так
2	лишь в очень малой степени это так
3	это совсем не так
Т	3. Мне страшно. Кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться
3	определенно это так, и страх очень сильный
2	да, это так, но страх не очень сильный
1	иногда, но это меня не беспокоит
0	совсем не испытываю
Д	4. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное
0	определенно, это так
1	наверное, это так
2	лишь в очень малой степени это так
3	совсем не способен
Т	5. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове
3	постоянно
2	большую часть времени
1	время от времени
0	только иногда
Д	6. Я чувствую себя бодрым
3	совсем не чувствую
2	очень редко

1	иногда
0	практически все время
Т	7. Я легко могу сесть и расслабиться
0	определенно, это так
1	наверное, это так
2	лишь изредка это так
3	совсем не могу
Д	8. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно
3	практически все время
2	часто
1	иногда
0	совсем нет
Т	9. Я испытываю внутренне напряжение или дрожь
0	совсем не испытываю
1	иногда
2	часто
3	очень часто
Д	10. Я не слежу за своей внешностью
3	определенно это так
2	я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
1	может быть, я стал меньше уделять этому внимания
0	я слежу за собой так же, как и раньше
Т	11. Я не могу усидеть на месте, словно мне постоянно нужно двигаться
0	определенно, это так
1	наверное, это так
2	лишь в очень малой степени это так
3	совсем не способен
Д	12. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения
0	точно так, как и обычно
1	да, но не в той степени, как раньше
2	значительно меньше, чем раньше
3	совсем не считаю
Т	13. У меня бывает внезапное чувство паники
3	действительно, очень часто
2	довольно часто
1	не так уж часто
0	совсем не бывает

Д	14. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, фильма, радио- или телепрограммы
0	часто
1	иногда
2	редко
3	очень редко

Интерпретация результатов:

- 0-7 баллов — «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии).
- 8-10 баллов — «субклинически выраженная тревога/депрессия».
- 11 баллов и выше — «клинически выраженная тревога/депрессия».

Оценка результатов психологического тестирования

Психологическое тестирование является достаточно объективным методом диагностики когнитивных нарушений, однако он не является абсолютно надежным. В некоторых случаях проведенное нейропсихологическое тестирование дает ложноположительные или ложноотрицательные результаты.

Ложноположительные результаты могут привести к избыточной диагностике, когда пациент набирает низкий балл по тестам, ниже нормативного для соответствующего возраста, несмотря на отсутствие у него истинных когнитивных нарушений.

Основными причинами ложноположительного результата тестирования являются:

- низкий образовательный уровень и социальный статус, безграмотность, недостаточность общих знаний, длительная изоляция от общества;
- ситуационная рассеянность и невнимательность, высокая ситуационная тревога в момент проведения нейропсихологического исследования;
- состояние интоксикации в момент исследования или накануне, выраженное утомление в момент проведения исследования или недостаточность ночного сна накануне;

- безразличное или негативное отношение к тестированию, непонимание цели и значения нейропсихологического метода исследования. Иногда, даже при формальном согласии на исследование, пожилой человек в силу внутреннего негативного отношения сознательно или бессознательно противодействует адекватной оценке состояния его когнитивных функций.

Ложноотрицательные результаты означают формально нормальный показатель тестов (в пределах среднестатистической возрастной нормы) несмотря на наличие когнитивных нарушений у пожилого человека. Обычно такие результаты наблюдаются у людей с наиболее ранними признаками когнитивной недостаточности, однако в редких случаях даже больные с деменцией успешно справляются с предъявленными когнитивными заданиями. Вероятность ложноотрицательного результата тестирования прямо зависит от сложности и чувствительности используемого метода. Так, в одной и той же выборке пациентов при использовании методики Мини-Ког существенно больший процент лиц будет формально соответствовать норме, чем при использовании Мока-теста.

Но даже использование чувствительных методов исследования не дает полной гарантии от ложноотрицательного результата. Наблюдения за пациентами с так называемыми субъективными когнитивными нарушениями свидетельствуют, что у части из них в будущем разовьется объективное когнитивное снижение. Очевидно, в этих случаях речь идет о самых ранних проявлениях когнитивной недостаточности, не фиксируемых с помощью имеющихся нейропсихологических тестов, но заметных для пожилого человека.

В других случаях субъективные когнитивные нарушения являются проявлением не когнитивных, а эмоциональных расстройств тревожно-депрессивного ряда. Учитывая возможность ошибочного результата тестирования в сомнительных случаях целесообразны повторные нейропсихологические

исследования. В некоторых случаях диагноз можно установить лишь в процессе динамического наблюдения.

В целом же, наиболее полное представление о наличии, структуре и выраженности нарушений когнитивных функций складывается при сопоставлении жалоб пожилого человека, результатов нейропсихологического исследования и информации, полученной от лиц, длительно находящихся в постоянном с ним общении, которые могут наблюдать за ним в повседневной жизни — членов семьи, близких родственников, друзей, сослуживцев и др.

2.2. ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ ПО РАБОТЕ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

И вдруг Валлантера поразил всеподавляющий ужас. Память снова исчезла. Он не знал, кто эта малышка, бегущая к нему. Конечно, он видел ее раньше, но понятия не имел, ни как ее зовут, ни что она здесь делает. Его словно бы окутало безмолвие.

Краски исчезли, оставили ему лишь черно-белый набросок. Тень густела. И Курт Валландер медленно исчезал во мраке, который спустя несколько лет окончательно отправил его в пустую вселенную под названием болезнь Альцгеймера. Вот и все.

Повествование о Курте Валлантере подошло к бесповоротному концу. Те годы — десять или больше, — что ему осталось прожить, это его собственное время, его и Линды, его и Клары, а большие ничье.

Хенning Манкель, роман «Неугомонный»

2.2.1. Принятие диагноза: как подготовить пожилого человека и его близких?

2.2.2. Советы по уходу на ранней стадии развития болезни Альцгеймера.

2.2.3. Советы по уходу на умеренной стадии развития болезни Альцгеймера.

2.2.4. Советы по уходу на тяжелой стадии развития болезни Альцгеймера. Методы нейтрализации агрессивности, подозрительности и возбужденного поведения.

2.2.1. ПРИНЯТИЕ ДИАГНОЗА: КАК ПОДГОТОВИТЬ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА И ЕГО БЛИЗКИХ?

Болезнь Альцгеймера (или сенильная деменция альцгеймеровского типа) — наиболее распространенная форма деменции, нейродегенеративное заболевание, которое, как правило, обнаруживается у людей старше 65 лет. Как правило, болезнь начинается с малозаметных симптомов (на ранней стадии — с расстройства кратковременной памяти, например, с неспособности вспомнить недавно заученную информацию), но с течением времени болезнь прогрессирует, происходит потеря долговременной памяти, возникают нарушения речи и когнитивных функций, пожилой человек теряет способность ориентироваться в обстановке и ухаживать за собой. Постепенная потеря функций организма ведет к смерти.

В настоящее время нет полного понимания причин и особенностей течения болезни Альцгеймера. Современные методы терапии лишь несколько смягчают симптомы, но не позволяют ни остановить, ни замедлить развитие заболевания. Болезнь может развиваться скрыто на протяжении длительного времени, прежде чем станут заметны ее симптомы, позволяющие поставить диагноз, в связи с этим крайне затруднительными из-за вариаций в длительности развития болезни являются индивидуальные прогнозы, касающиеся специфики угасания когнитивных функций.

Информация о том, что кому-то, кто вам дорог, поставлен диагноз болезни Альцгеймера или другого родственного слабоумия, может изменить жизнь. Чтобы смириться с диагнозом, нужно время. Непосредственные реакции отрицания и страха являются нормальными и могут помочь вам и человеку, которому поставлен диагноз, справиться с горем, которое вы испытываете.

Возможно, вы пытались побудить человека, живущего с деменцией, узнать о своем диагнозе, но вам сказали: «Все в порядке». Возможно, вы не решались узнать больше сами из страха перед будущим. Некоторые люди могут предпочесть осторожное и сдержанное объяснение, например: «У вас расстройство памяти, со временем оно будет ухудшаться и это не ваша вина. Возможно, вам не поможет, если вы будете больше стараться. Лучше сделать это до того, как ухудшатся ваша память и мышление». Другие предпочтут более точный язык и большую определенность, связанную с их жизненными перспективами.

Какими бы ни были обстоятельства, принятие диагноза болезни Альцгеймера и связанной с ней деменции требует времени, чтобы усвоить информацию о болезни. Знание того, чего ожидать в будущем, доступ к имеющимся ресурсам и поддержке могут расширить возможности и привести к усилению решимости пройти через это.

Предоставление времени для принятия диагноза — важный первый шаг к тому, чтобы приспособиться к «новой» норме жизни. Процесс принятия важен для близких пожилого человека так же, как и для него самого. Однако нет двух людей, которые справляются с диагнозом одинаково. Не существует одного-единственного правильного подхода, и некоторые дни могут быть труднее, чем остальные. И все же чем раньше близкие смогут принять диагноз, тем эффективнее они помогут человеку, страдающему деменцией, приблизиться к его принятию.

Терпение, гибкость и открытое общение могут гарантировать, что человеку с заболеванием не придется сталкиваться с диагнозом в одиночку. Для многих простое подкрепление, что «мы вместе», является самым запоминающимся и важнейшим актом поддержки.

Примите во внимание советы, которые помогут человеку на ранней стадии болезни смириться со своим диагнозом, а именно:

1. Дайте пожилому человеку время прочувствовать грусть по поводу того, как его личность меняется в результате постановки диагноза.

2. Подчеркните роли и обязанности, которые по-прежнему важны для личности человека, то есть дедушка, бабушка, мать, дочь и т.д.

3. Поощряйте человека поговорить с близким другом, священнослужителем или профессиональным консультантом, чтобы понять и принять тяжесть своих эмоций.

Пожилой человек, которому поставили диагноз деменции, может не принять или отрицать его, и это — *естественнная* реакция на произошедшее событие. Даже если человек не признает свой диагноз, есть способы помочь ему в этом:

- постарайтесь понять, что человек может это отрицать в силу страха или беспокойства за свое будущее, и такое отрицание не является преднамеренным;

- дайте пожилому человеку время адаптироваться к своему состоянию и время от времени интересуйтесь, не готов ли он поговорить о своем состоянии и какая помощь ему сейчас требуется;

- внимательно слушайте, что говорит человек, не прерывая и не исправляя его, не опровергайте его версию происходящего; это поможет вам узнать больше о том, что он чувствует и что ему необходимо, чтобы принять диагноз;

- старайтесь проявлять поддержку, мягкость и спокойствие, когда разговариваете с вашим близким; если вы злитесь или нервничаете, это только усугубит ситуацию;

- если человек не хочет использовать слова «слабоумие» или «болезнь Альцгеймера», важно уважать его мнение; вместо этого поговорите с ним об изменениях, которые он в себе заметил, о конкретных проблемах, с которыми он сталкивается; это может побудить его рассказать о своих чувствах;

- старайтесь не вступать в конфронтацию с человеком и не пытайтесь убедить его в правильности диагноза; невозможно убедить кого-то внезапно принять свое состояние, если он его отрицает;

- если человек не осознает, что у него появились проблемы с некоторыми видами деятельности (например, не может безопасно водить машину), укажите на преимущества: сосредоточьтесь на деньгах, которые он сэкономит на бензине, транспортном налоге и страховке, или на том, как прекрасно быть пассажиром, когда за рулем кто-то другой;

- возможно, пожилому человеку будет проще принять свой диагноз, если с ним поговорит посторонний человек (профессиональный психолог, социальный работник или его закадычный друг) или ему предоставят больше дополнительной информации.

Рассказывать другим о диагнозе болезни Альцгеймера или деменции может быть одним из самых сложных шагов для людей, которым поставлен диагноз на ранней стадии. Может возникнуть беспокойство по поводу того, кому можно рассказать, а кому — нет, и опасения по поводу той социальной стигмы, которая связана со стереотипным восприятием «старческого слабоумия».

Однако если вы поделитесь своим диагнозом с другими, это может открыть новые отношения и связи с людьми, о которых вы даже не подозревали, что они готовы вас поддержать. Для других, узнав о диагнозе, могут быть проверены отношения, а некоторые друзья и семья могут отреагировать отрицанием или отстраниться, что отражает их неправильные представления о болезни Альцгеймера.

Тем не менее, это может помочь поделиться своим диагнозом с другими. Открыто рассказывайте друзьям и семье о происходящих изменениях. Расскажите им о болезни и расскажите, как они могут помочь. Не все близкие люди сразу способны принять диагноз, и здесь позиция отрицания в

какой-то степени может быть и полезна: она помогает справиться с тяжелой ситуацией и дает время принять реальность. Поэтому вместо того, чтобы убеждать их, лучше дать возможность понять, что они чувствуют и переживают в связи с этим.

Диагноз болезни Альцгеймера или другой деменции часто сопровождается неуверенностью в отношении своей личности и жизненной цели. Новые проблемы, связанные с жизнью с болезнью, могут заставить человека усомниться в своих способностях и, в свою очередь, в своей личности. Человек, живущий на ранней стадии, нередко задает вопрос: «Кто я?»

Оказание поддержки человеку, страдающему болезнью Альцгеймера, — это непрерывный и крайне эмоциональный процесс, касающийся чувств не только больного человека, но и его опекуна — «партнера по уходу». Как партнера по уходу, вас могут переполнять эмоции от страха до надежды. Эмоции могут быть вызваны мыслями о том, как этот диагноз повлияет на вашу жизнь, а также ожиданием будущих проблем. Умение распознавать свои эмоции может помочь двигаться вперед и помочь человеку с деменцией жить как можно лучше.

Эмоции, которые вы можете испытать как партнер по уходу:

1. Отрицание	Диагноз может показаться невероятным. Кратковременное отрицание может быть хорошим механизмом выживания, который дает время для адаптации, но слишком долгое отрицание может помешать вам и человеку с заболеванием принять важные решения о будущем. Это также может помешать его способности жить качественной жизнью. Если вы отрицаете диагноз, ваша способность помочь человеку с деменцией будет ограничена до тех пор, пока вы сами с ним не смиритесь.
2. Страх	Опасения по поводу прогрессирования заболевания и проблем с предоставлением медицинской помощи в будущем могут быть огромными и мешать сосредоточиться на настоящем.

3. Стресс / тревога	Неуверенность в том, чего ожидать по мере прогрессирования болезни и как поддержать человека с диагнозом, может привести к усилению стресса.
4. Гнев / разочарование	Гнев по поводу диагноза — обычная реакция на чувство потери контроля над будущим. Возможно, вы чувствуете негодование по поводу того, как ваша роль партнера по уходу повлияет на вашу жизнь.
5. Горе / депрессия	Печаль или чувство утраты из-за ваших отношений также могут привести к чувству безнадежности.

Такие эмоции, как страх и отрицание, характерны как для партнеров по уходу, так и для людей, живущих на ранней стадии заболевания. Возможность обсудить эти эмоции вместе может помочь вам преодолеть тяжелые чувства и проводить больше времени, наслаждаясь настоящим.

Один из способов выйти за рамки утраты идентичности для людей на ранней стадии болезни — это найти способы заниматься деятельностью, которая привносит смысл и цель в их жизнь. Для некоторых это означает изучение навыков, которыми они уже обладают, в то время как другие могут выбрать новые занятия, которые принесут свежее ощущение цели.

Поиск новой цели поможет подтвердить, что болезнь Альцгеймера не должна определять поведение человека. Приведенные ниже советы помогут человеку на ранней стадии найти смысл и цель:

1. Обсудите, что придает смысл и цель жизни.
2. Поощряйте человека продолжать заниматься тем, что ему нравится.
3. Подумайте, чем вы можете заниматься вместе.
4. Работайте вместе, чтобы определить возможности дома или в обществе, которые могут использовать его или ее сильные стороны и интересы.
5. Обсудите, какие новые занятия может быть интересно попробовать.
6. Поощряйте человека поддерживать связь с другими людьми, живущими с этим заболеванием, чтобы узнать, что они делают, чтобы оставаться активными и вовлеченными в жизнь.

Диагноз Альцгеймера или деменции меняет жизнь как человека, живущего с этим заболеванием, так и его семьи и друзей. Вы играете важную роль в оказании поддержки человеку, которому поставили диагноз. По пути вам также понадобится поддержка других, не только членов семьи, но и доверенных друзей. Определите, как вы хотели бы заручиться их поддержкой. Это может быть помочь в транспортировке на прием к врачу или обратно, помочь в общественных мероприятиях или просто наличие кого-то, с кем можно поговорить. Существуют также общественные программы, группы поддержки и социальные сети в Интернете, которые дают возможность учиться у других, у кого есть друг или член семьи с деменцией.

2.2.2. СОВЕТЫ ПО УХОДУ НА РАННЕЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

На ранней стадии болезни Альцгеймера наблюдаются забывчивость, затруднение в определении времени, ухудшение социальной деятельности, нарушения ориентировки во времени и месте, эмоционально-личностные нарушения (эгоцентризм, бредовые расстройства). Пациенты критически оценивают свое состояние и пытаются скорректировать нарастающую собственную несостоительность. На ранней стадии болезни Альцгеймера большинство людей действуют независимо. Пожилой человек еще может водить машину, принимать участие в общественной жизни, работать волонтером и даже заниматься профессиональной деятельностью. Ваша роль как партнера по уходу очень важна: обеспечивать поддержку и товарищеские отношения, а также помогать планировать будущее.

Ранняя стадия болезни Альцгеймера может длиться годами. Диагноз ранней стадии влияет не только на людей с этой болезнью, но и на всех, кто любит их и о них заботится.

Как партнер по уходу (термин, который многие предпочитают использовать, а не «попечитель» или «опекун», поскольку человеку на ранней стадии может не потребоваться особая помощь), вы можете оказаться в новой и незнакомой роли. Вы можете не знать, куда обратиться за информацией, беспокоиться о том, чего ожидать по мере развития болезни, и о своей способности поддержать человека, страдающего деменцией. И эти вопросы и чувства нормальны.

Благодаря раннему диагнозу у вас и у человека с деменцией теперь есть возможность вместе принимать решения о будущем, включая юридическое, финансовое и долгосрочное планирование ухода. Человек, страдающий деменцией, может воспользоваться доступным лечением, местными ресурсами и социальными услугами. Возможность воспользоваться всеми этими преимуществами может уменьшить беспокойство по поводу неизвестного и привести к лучшим результатам для всех участников.

Роль партнера по уходу не ограничивается супругами, партнерами или близкими членами семьи. Создайте «сеть поддержки». В число партнеров по уходу могут входить друзья, соседи или дальние родственники. Если вы оказываете поддержку в качестве «удаленного» партнера по уходу, то вам будет затруднительно определить конкретный уровень необходимой помощи. По возможности старайтесь общаться с другими участниками «сети поддержки», чтобы поделиться своими мыслями или составить планы на встречу с человеком с деменцией в его собственной среде.

Одна из самых серьезных проблем, с которыми сталкиваются партнеры по уходу, — это незнание, какую помочь и когда ее следует оказывать: ведь человек с ранней стадией деменции сохраняет независимость в одевании, купании, ходьбе, может водить машину и пр. Самые сложные задачи могут включать управление ежедневным расписанием или домашним бюджетом.

Как партнеру по уходу, ваша поддержка в решении этих повседневных

задач может помочь человеку с деменцией разработать новые стратегии выживания, которые помогут максимально повысить его или ее независимость. Все отношения разные, но баланс между взаимозависимостью и независимостью может повысить обоюдную уверенность в себе.

Чтобы помочь определить, когда и как оказать наиболее подходящую поддержку человеку, живущему на ранней стадии деменции, воспользуйтесь следующими советами:

1. Главное — обеспечить безопасность	Существует ли непосредственная угроза безопасности для человека с деменцией при выполнении какой-либо задачи в одиночку? Если нет непосредственного риска травмы или иного вреда здоровью, продолжайте присматривать за пожилым человеком, вмешивайтесь только при крайней необходимости
2. Не подвергайте подопечного ненужному стрессу	Расставьте приоритеты в задачах или действиях, которые не вызывают стресса у человека с деменцией. Например, если вы знаете, что пожилой человек привык сам покупать себе продукты, попросите его принять участие в составлении еженедельного меню и списка закупок необходимой провизии
3. Не недооценивайте возможностей	Предположите, что человек с деменцией способен выполнить задание. Если вы чувствуете разочарование, попробуйте определить причину расстройства, прежде чем вмешиваться. Сосредоточьтесь на его текущих потребностях, а не думайте о будущем
4. Создайте систему SOS	Определите сигнал или фразу, которые вы можете использовать, чтобы подтвердить, комфортно ли человеку с деменцией получать поддержку. Например, вы можете согласиться использовать такую фразу: «Могу ли я чем-нибудь помочь?» или кивок, чтобы показать, что можно вмешаться, если человек с деменцией не может запомнить слово или имя
5. Обсуждайте проблемы	Лучший способ определить, как и когда оказывать поддержку, — это спросить напрямую. Спросите человека с деменцией, что ему нужно или какие разочарования он может испытывать. Поговорите об этом, а затем составьте план

6. Найдите время для совместных действий	<p>Найдите занятия, которыми вы можете заниматься вместе, и продолжайте разговор об ожиданиях относительно того, как вы будете оказывать поддержку. Регулярно проверяйтесь, спрашивая человека с деменцией, предоставляет ли вы ему комфортный или адекватный уровень помощи</p>
---	--

Хотя каждый человек переживает раннюю стадию деменции по-разному, часто человеку на ранней стадии могут потребоваться подсказки и напоминания, чтобы помочь с памятью. Вам, как партнеру по уходу, может потребоваться проявить инициативу, чтобы определить, как вы можете помочь. Например, может потребоваться помочь с:

- записью на прием к врачу;
- запоминанием слов или имен;
- запоминанием знакомых мест или людей;
- управлением деньгами;
- отслеживанием приема лекарств;
- планированием или организацией повседневной жизни;
- транспортом.

Сосредоточьтесь на сильных сторонах человека и на том, как он может оставаться максимально независимым, и установите надежный канал общения, обдумав способы совместной работы в команде.

Как помочь человеку с деменцией жить хорошо? Люди с болезнью Альцгеймера хотят жить как можно дольше. Способность оставаться здоровым, активным, вовлеченным и независимым — это постоянное желание, которое выявляют люди с впервые поставленным диагнозом. Партнеры по уходу играют важную роль в помощи человеку с деменцией в достижении этих целей.

Приведенные ниже советы помогут человеку на ранней стадии оставаться здоровым как можно дольше:

1. Поощряйте физические нагрузки. Согласно результатам некоторых исследований, упражнения или регулярная физическая активность могут сыграть роль в улучшении жизни с этим заболеванием. Выбирайте занятия, которые нравятся вам обоим.

2. Готовьте пищу, которая должна поддерживать сбалансированную диету, с низким содержанием жиров и высоким содержанием овощей.

3. Создайте распорядок дня, который способствует качественному сну и взаимодействию с другими людьми.

4. Определите ситуации, которые могут быть слишком стрессовыми для человека с деменцией.

5. Работайте вместе, чтобы найти то, что помогает человеку расслабиться.

Забота о человеке с деменцией чревата ростом стрессовых и тревожных расстройств. Участие в деятельности, которая улучшает ваше самочувствие, может помочь снизить уровень стресса. Проводите время с друзьями и семьей, хорошо питайтесь, занимайтесь физическими упражнениями и регулярно посещайте врача.

Вот советы, как сохранить собственное здоровье:

1. Подумайте, как вы можете получить поддержку. Например, включите в свой ежемесячный график один день для себя. Попросите других посетить или пообщаться с человеком, страдающим деменцией, пока вас нет.

2. Создайте сеть поддержки. Создание системы поддержки до того, как вы подумаете, что она вам нужна, сведет к минимуму стресс по мере развития болезни. Посмотрите на существующие системы поддержки, которые у вас уже есть, и подумайте о людях, к которым вы чаще всего обращаетесь в случае необходимости.

3. Общайтесь с другими партнерами по уходу, чтобы получить поддержку и утешение от тех, кто понимает, через что вы проходите.

4. Отдыхайте, когда это необходимо, и дайте время себе и своим интересам.

5. Страйтесь не принимать вещи на свой счет; симптомы болезни могут заставить человека забыть о событиях или обязательствах. Помните, что это не отражение характера пожилого человека с деменцией.

6. Сохраняйте здоровье с помощью диеты и физических упражнений.

7. Оставайтесь вовлеченными, продолжая заниматься делами, которые важны для вас и улучшают ваше чувство благополучия.

8. Позвольте себе посмеяться, когда возникают забавные ситуации.

Знание того, чего ожидать, и составление планов помогут вам и человеку с деменцией:

1. *В принятии диагноза* — как партнер по уходу, вы можете принять диагноз раньше, чем человек, живущий с этим заболеванием. Хотя человек, живущий с деменцией, является единственным человеком, который может изменить свое отношение к диагнозу, вы можете поделиться информацией и оказать поддержку, чтобы помочь в процессе принятия.

2. *В понимании болезни Альцгеймера* — симптомы болезни Альцгеймера обычно развиваются медленно и со временем ухудшаются, становясь достаточно серьезными, чтобы мешать повседневным делам. Хотя прогрессирование болезни Альцгеймера может отличаться от человека к человеку, для вновь диагностированного человека нормально сравнивать свои симптомы с другими.

3. *В информации о лечении и клинических испытаниях* — существуют методы лечения, помогающие смягчить симптомы болезни. Сочетание лечения симптомов с поддерживающими услугами может помочь человеку прожить качественную жизнь как можно дольше. Хотя эти методы лечения направлены на устранение симптомов заболевания, в настоящее время нет способа предотвратить, вылечить или остановить прогрессирование болезни.

ни. В настоящее время проводится множество клинических испытаний, чтобы найти эффективные способы лечения и, в конечном итоге, излечения болезни Альцгеймера.

4. *В планировании будущего* — люди на ранней стадии болезни хотят иметь право голоса при принятии решений, которые повлияют на их жизнь, включая юридическое, финансовое и долгосрочное планирование ухода. Хотя эти разговоры могут быть трудными, включение в этот процесс человека на ранней стадии болезни может дать возможность всем участникам. Знание желаний человека может помочь вам чувствовать себя уверенно в будущих решениях, которые вам нужно будет принять от их имени. Чем раньше будут составлены планы на будущее, тем лучше вы будете подготовлены и человек с деменцией.

5. *В самостоятельной и независимой жизни* — благодаря поддержке и ресурсам многие люди на ранней стадии болезни Альцгеймера живут самостоятельно. Если вы являетесь членом семьи или партнером по уходу для кого-то, кто живет один, оставайтесь в курсе. Часто звоните или навещайте и убедитесь, что человек получает необходимую помощь, например, помощь по дому, питанию, транспорту, оплате счетов и другим повседневным делам. Примите меры домашней безопасности и будьте в курсе любых изменений, которые указывают на необходимость дополнительного надзора или ухода.

2.2.3. СОВЕТЫ ПО УХОДУ НА УМЕРЕННОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

На умеренной стадии развития болезни Альцгеймера нарастает амнезия (потеря памяти); прогрессирует дезориентировка в месте и времени; грубо нарушаются функции интеллекта, а также его инструментальные функции (речь, оптико-пространственная деятельность). Интересы больных крайне ограничены, им нужна постоянная поддержка и уход. В то же время на этой

стадии, как правило, больные сохраняют основные личностные особенности, чувство собственной неполноценности и адекватное эмоциональное реагирование на болезнь.

Умеренная стадия болезни Альцгеймера обычно самая продолжительная и может длиться несколько лет, однако прогрессирование деменции неизбежно, и человеку с болезнью Альцгеймера будет требоваться возрастающий уровень ухода.

На умеренной стадии болезни повреждение мозга может затруднить выражение мыслей и выполнение рутинных задач. Вы можете заметить, что у человека возникнут проблемы с одеванием, он расстраивается или злится или ведет себя неожиданно, например, беспричинно отказывается принимать душ или ванну. Хотя эти изменения очень тяжело воспринимаются, доступны ресурсы, которые помогут как вам, так и человеку с деменцией по мере прогрессирования болезни. Будут тяжелые дни, но будут и хорошие. По мере изменения ваших отношений с человеком, страдающим деменцией, вы найдете новые способы установить и укрепить свою связь с больным.

Чтобы ухаживать за человеком, находящимся на умеренной стадии болезни Альцгеймера, требуются гибкость и терпение. Поскольку способности человека с болезнью Альцгеймера постепенно ухудшаются, а независимое функционирование становится все более трудным, вам придется взять на себя большую ответственность. Повседневный распорядок необходимо будет адаптировать, и его структура станет более важной.

Поскольку обязанности по уходу становятся все более требовательными, важно позаботиться о себе. Делайте перерывы, даже если это всего несколько минут. Постарайтесь не изолировать себя. Узнайте, какие услуги по временному уходу доступны в вашем районе, и попросите друзей и родственников о помощи. Поскольку оплата долгосрочного ухода может быть большой проблемой и источником стресса, изучите все возможные вариан-

ты, если планы еще не разработаны.

Основные проблемы, возникающие на умеренной стадии болезни Альцгеймера:

1. Изменения в поведении	Изменения в поведении могут быть одними из самых неприятных для лиц, осуществляющих уход, и членов семьи. Люди могут испытывать депрессию, беспокойство, раздражительность и повторяющееся поведение. По мере прогрессирования болезни могут происходить и другие изменения, в том числе изменения сна, физические и словесные всплески и блуждания. Важно понять, что такое поведение является обычным на этой стадии, и принять его
2. Проблемы общения	Поскольку люди с болезнью Альцгеймера постепенно теряют способность находить слова, выражать мысли и следить за разговорами, им становится все труднее понимать других. Изменения в общении включают проблемы с поиском нужного слова, повторение вопросов, потерю хода мыслей, использование неверbalного общения. Вы можете помочь улучшить общение, внося простые изменения, например, говоря медленно и отчетливо мягким тоном. Если вы заметили внезапные изменения в общении, обязательно обратитесь к врачу, поскольку это может указывать на другие проблемы со здоровьем или побочные эффекты лекарств
3. Потребности в ежедневном уходе	По мере прогрессирования деменции питание, одевание и уход будут усложняться. Эта потеря независимости и конфиденциальности может быть очень трудным переходным периодом для человека с деменцией; ваше терпение и чуткость будут иметь большое значение, чтобы помочь ему пройти через это. Как только ваша помощь понадобится для выполнения повседневных задач, подумайте о способностях человека. Поощряйте человека делать как можно больше, но будьте готовы помочь в случае необходимости. Например, людям с болезнью Альцгеймера часто нужно больше времени, чтобы одеться; им бывает сложно выбрать одежду; они могут носить неподходящую по сезону одежду или вовсе забыть надеть одежду.

	<p>Позвольте как можно дольше одеваться самостоятельно. Для этого выкладывайте одежду в том порядке, в котором ее нужно надеть (сначала нижнее белье, затем брюки, затем рубашку и свитер), либо выдавайте вещи по очереди; купите три или четыре комплекта одинаковой одежды, если человек хочет носить одну и ту же одежду каждый день; используйте удобную свободную одежду (например, хлопковые носки и нижнее белье, спортивные штаны и шорты с эластичным поясом); избегайте поясов, колготок с контролируемым верхом, высоких каблуков и узких носков; попробуйте туфли без шнурков, которые не соскальзывают, или туфли с ремешками на липучке</p>
4. Проблемы безопасности	<p>По возможности установите детекторы дыма и угарного газа на кухне, автоматический выключатель на плите, заглушки с защитой для неиспользуемых электрических розеток и защелки на дверцах шкафов.</p> <p>Пометьте краны для горячей воды красным, а краны для холодной воды синим или напишите рядом с ними слова «горячая» и «холодная»; разместите предупреждающие об опасности знаки или таблички рядом с духовкой, тостером, утюгом и другими подобными предметами.</p> <p>Напишите или напечатайте крупным шрифтом номера телефонов экстренных служб (скорая помощь, газовая, пожарная службы и др.) и адрес больного (при необходимости, его фамилию, имя, отчество) рядом со всеми телефонами; разместите на видном и доступном месте.</p> <p>Заблокируйте или удалите из дома следующие потенциально опасные предметы: лекарства, отпускаемые по рецепту и без рецепта, алкоголь, чистящие и бытовые средства, спички, ножницы, ножи, электроинструменты и оборудование и др.</p> <p>Ограничьте доступ к таким вещам, как лосьоны, шампуни, медицинский спирт, мыло, духи или стиральные порошки; они могут выглядеть и пахнуть как еда для человека с болезнью Альцгеймера.</p> <p>На умеренной стадии болезни нужно прекратить водить машину. Когда станет ясно, что вождение автомобиля более небезопасно, попробуйте вовлечь человека с деменцией в решение остановиться. Объясните, что вас беспокоит, приведя конкретные примеры. Заверьте человека, что сделяете все возможное, чтобы поездки были доступными.</p>

Если у больного обнаружились проблемы с сохранением равновесия при ходьбе, избавьтесь от громоздкой мебели с острыми углами; используйте коврики с нескользящей основой; убедитесь, что шнуры электрических розеток не мешают при ходьбе или прикреплены к плинтусам; избегайте использования удлинителей; установите нескользящие полосы, чтобы полы были менее скользкими, и немедленно убирайте разливы; в ванной используйте моющееся ковровое покрытие от стены до стены, чтобы предотвратить скольжение по мокрому плиточному полу; следите за тем, чтобы больной надевал обувь или тапочки с хорошим сцеплением.

Если вам необходимо на время оставить больного дом одного, не забывайте брать с собой запасные ключи; уберите с наружной двери внутренние засовы, цепочки, защелки, чтобы всегда была возможность открыть дверь снаружи

Депрессия на умеренной стадии болезни Альцгеймера.

На умеренной стадии больные сохраняют адекватное эмоциональное реагирование на болезнь, горько переживая и чувствуя собственную неполноценность, что порождает чрезвычайно широкое распространение депрессии, существенно влияющей на качество жизни пожилого человека.

В то же время выявление депрессии у человека с болезнью Альцгеймера может быть затрудненным, так как ее симптомы похожи на депрессивные состояния лиц без деменции. К ним относятся апатия, потеря интереса к занятиям и хобби, социальная изоляция, проблемы с концентрацией, нарушение мышления, возбуждение или замедленное поведение, раздражительность, чувство никчемности или безнадежности, неуместной или чрезмерной вины.

Однако когнитивные нарушения, с которыми сталкиваются люди с болезнью Альцгеймера, часто мешают им выразить свою печаль, безнадежность, вину и другие чувства, связанные с депрессией. Поэтому депрессия при болезни Альцгеймера может быть менее серьезной, длиться недолго, а ее симптомы могут то появляться, то исчезать. Человек с болезнью Альцгей-

мера с меньшей вероятностью будет говорить о самоубийстве или пытаться совершить самоубийство.

Если вы как лицо, осуществляющее уход, заметили признаки депрессии, обсудите их с лечащим врачом больного деменцией. Правильный диагноз и лечение могут улучшить самочувствие и функциональность.

Оценка депрессии будет включать:

- обзор истории болезни человека;
- физическое и психическое обследование;
- интервью с членами семьи.

Депрессивные люди с болезнью Альцгеймера редко могут поправиться сами по себе, без посторонней поддержки и профессиональной помощи. Просто посоветовать человеку, страдающему болезнью Альцгеймера, «взбодриться», «прекратить это» или «постараться еще больше» не поможет.

Наиболее распространенное лечение депрессии при болезни Альцгеймера включает сочетание лекарств, консультирования и постепенного восстановления связи с деятельностью и людьми, которые приносят чувство комфорта и спокойствия. Для лечения депрессии доступно несколько типов антидепрессантов. Например, антидепрессанты, называемые селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, часто используются для людей с болезнью Альцгеймера и депрессией, потому что они имеют более низкий риск взаимодействия с другими лекарствами. Однако, как и в случае с любым лекарством, принимать их следует *только* по назначению врача.

Если пожилой человек находится в депрессии, попробуйте обратиться к немедикаментозным методам воздействия, в том числе:

- составьте четкий и предсказуемый распорядок дня, используя лучшее время дня (например, утреннее или послеполуденное) для выполнения сложных задач, таких как купание;
- составьте список занятий, людей или мест, которые нравятся больному;

- помогите человеку регулярно заниматься физическими упражнениями, особенно по утрам;
- признавайте разочарование или печаль человека, выражая надежду, что он скоро почувствует себя лучше; отмечайте маленькие успехи;
- найдите способы, которыми человек может внести свой вклад в семейную жизнь, обязательно хвалите и признавайте этот вклад;
- убеждайте, что человека любят, уважают и ценят как часть семьи, а не только за то, что он может делать сейчас;
- побалуйте человека предложениями любимой еды, успокаивающими или вдохновляющими занятиями;
- убедите человека, что его никогда не бросят.

Опасность заблудиться.

На умеренной стадии болезни человек обнаруживает возрастающие проблемы с памятью, но при этом, как правило, сохраняет двигательные (моторные) функции. Из-за болезни Альцгеймера люди теряют способность узнавать знакомые места и лица. Люди, страдающие деменцией, часто блуждают, теряются или не понимают своего местоположения. По данным исследований, 6 из 10-ти человек, страдающих деменцией, хотя бы раз бродят и теряются (иногда в знакомых местах); многие делают это неоднократно. Такое «блуждание» может быть опасным для жизни, и стресс, связанный с этим риском, тяжело сказывается на лицах, осуществляющих уход.

Каждый, кто страдает болезнью Альцгеймера, подвержен такому риску.

К общим признакам риска заблудиться относятся:

Пожи- лой человек	возвращается с прогулки позже обычного
	забыл, как добраться до знакомых мест
	говорит о выполнении прежних обязательств, например, о вы- ходе на работу
	пытается или хочет «пойти домой», даже когда находится дома

	становится беспокойным, испытывает возбуждение, расхаживает по дому или делает повторяющиеся движения
	не может отыскать знакомые места в квартире, например, ванную, спальню или столовую
	спрашивает о местожительстве своих друзей и членов семьи
	теряется в новой или изменившейся среде
	нервничает или беспокоится в людных местах, например, на рынках, в торговых центрах или ресторанах

На умеренной стадии болезни Альцгеймера человеку может оказаться слишком сложно или даже опасно оставаться одному. На этом этапе, если человек живет один, ему может потребоваться переехать к родственникам или в специализированное учреждение по уходу.

Следующие советы помогают снизить риск блуждания:

1. Предоставьте человеку возможность заниматься структурированной, значимой деятельностью в течение дня; планируйте занятия, которые нужно сделать и которые помогут уменьшить беспокойство, возбуждение и беспокойство (например, привлеките его к приготовлению ужина, складыванию белья и пр.).

2. Определите время дня, в которое человек, скорее всего, будет блуждать (например, ранним вечером), и, по возможности, сопровождайте его на безопасном расстоянии.

3. Убедитесь, что все основные физиологические потребности вечером удовлетворены, включая пользование туалетом и питание. Сократите потребление жидкости за два часа до сна, чтобы человеку не приходилось вставать и искать ночью ванную. Успокойте человека, если он потерялся или дезориентирован в собственном доме.

4. Если человек по-прежнему безопасно водит машину, подумайте об использовании устройства GPS, чтобы помочь, если он заблудился. Если человек больше не водит машину, заберите или спрячьте ключи от машины и

от гаража, так как человек, страдающий слабоумием, может об этом забыть.

5. Избегайте загруженных мест, которые сбивают с толку и могут вызвать дезориентацию, например, торговых центров.

6. Оцените реакцию человека на новое окружение. Не оставляйте человека с деменцией без присмотра, если новое окружение может вызвать замешательство, дезориентацию или возбуждение.

По мере прогрессирования болезни следует предпринять *меры по усилению домашней безопасности*, в том числе:

- разместите замки на внешних дверях вне прямой видимости, высоко или низко;

- не оставляйте человека с деменцией без присмотра в новой или изменившейся обстановке и никогда не запирайте дома одного;

- используйте ночное освещение по всему дому для лучшей ориентации, пометьте все двери знаками или символами, чтобы объяснить назначение каждой комнаты;

- накройте дверные ручки тканью того же цвета, что и дверь, или используйте защитные чехлы, закамуфлируйте двери, покрасив их в цвет стен или закрыв их съемными шторами или ширмами;

- установите предупреждающие звонки над дверьми или используйте контрольное устройство, которое сигнализирует об открытии двери;

- положите чувствительный к давлению коврик перед дверью или у постели больного, чтобы предупредить вас о его передвижениях;

- ограничьте количество зеркал в доме (человек с болезнью Альцгеймера может не узнать себя в зеркале и испугаться «незнакомого» человека);

- следите за уровнем внешнего шума, чтобы уменьшить чрезмерную стимуляцию;

- создавайте внутренние и внешние зоны общего пользования, которые можно будет безопасно исследовать;

- храните вне зоны доступа предметы, которые могут вызвать у человека желание уйти, например, пальто, шляпу, бумажники, ключи и кошельки;
- не оставляйте человека одного в машине;
- не перепоручайте заботу о старице младшим членам семьи, так как несовершеннолетний может недоглядеть больного.

Следует заранее составить план, что делать в случае возникновения чрезвычайной ситуации:

1. Познакомьтесь с соседями, попросите их немедленно позвонить, если они увидят, что ваш подопечный блуждает, заблудился или одет неправильно.
2. Держите под рукой недавнюю фотографию человека крупным планом, чтобы передать ее в полицию, если возникнет такая необходимость.
3. Определите потенциально опасные зоны рядом с домом, такие как водоемы, открытые лестничные клетки, густая листва, туннели, автобусные остановки и дороги с интенсивным движением.
4. Составьте список мест, в которых человек может бродить, например, прошлое место работы или местожительства, любимый ресторан или парк, или области, в которых он уже бродил раньше.
5. Немедленно приступайте к поисково-спасательным работам: как правило, большинство блуждающих находятся в пределах 1-2 км от места исчезновения; при поиске подумайте, правша или левша ваш подопечный — паттерны блуждания обычно следуют направлению доминирующей руки.
6. Если человек не найден в течение 15 минут, позвоните в полицию, сообщите о пропаже и том, что у человека деменция.

2.2.4. СОВЕТЫ ПО УХОДУ НА ТЯЖЕЛОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА. МЕТОДЫ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ АГРЕССИВНОСТИ, ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТИ И ВОЗБУЖДЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ

На стадии тяжелой деменции происходит полный распад памяти и речи, наблюдаются лишь фрагментарные представления о собственной личности; больные нуждаются в постоянной помощи и надзоре (не в состоянии выполнять правила личной гигиены, не понимают, что им говорят, и сами не говорят). На стадии тяжелой деменции у большинства больных полностью пропадают сострадание и интерес к близким людям, часты проявления агрессии.

Поздняя стадия болезни Альцгеймера может длиться от нескольких недель до нескольких лет. По мере прогрессирования болезни обычно требуется интенсивная круглосуточная помощь.

По мере развития болезни потребности человека, живущего с болезнью Альцгеймера, будут изменяться и углубляться. Человек с поздней стадией болезни Альцгеймера обычно:

- имеет трудности с едой и глотанием;
- нуждается в помощи при ходьбе и в конечном итоге не может ходить;
- нуждается в постоянной помощи по уходу за собой;
- уязвим к инфекциям, особенно пневмонии.

На поздних стадиях роль опекуна сосредоточена на сохранении качества жизни и достоинства. Хотя человек на поздней стадии болезни Альцгеймера обычно теряет способность говорить и выражать потребности, исследования показывают, что некоторая сердцевина личности человека может остаться. Это означает, что вы сможете поддерживать связь на поздней стадии заболевания.

На этом этапе болезни мир в первую очередь воспринимается через чувства. *Вы можете выразить свою заботу через прикосновение, звук, зрение, вкус и запах.* Например, попробуйте:

- поставить его или ее любимую музыку;
- почитать отрывки из книг, имеющих значение для пожилого человека;
- вместе рассматривать старые фото;
- готовить любимую еду;
- втирать в кожу лосьон с любимым ароматом;
- расчесывать волосы пожилого человека;
- сидеть вместе на улице в погожий день.

Поскольку на поздней стадии потребности в уходе очень велики, они могут превышать то, что вы можете обеспечить дома, даже с дополнительной помощью. Это может означать перевод человека в учреждение для получения необходимого ухода.

Решение об уходе на поздних стадиях может быть одним из самых трудных решений, с которыми сталкиваются семьи. Семьи, которые прошли через этот процесс, говорят, что лучше собирать информацию и двигаться вперед, а не гадать на решениях постфактум. Есть много хороших способов предоставить качественный уход. Помните, что независимо от того, где осуществляется уход, решение заключается в том, чтобы убедиться, что человек получает необходимую помощь.

В конце жизни другой вариант — хоспис. Основополагающая философия хосписа сосредоточена на качестве и достоинстве, обеспечивая комфорт, уход и поддержку для людей с неизлечимыми заболеваниями и их семей.

В идеале, обсуждение пожеланий по уходу в конце жизни должно происходить, пока человек с деменцией все еще может принимать решения и делиться своими пожеланиями относительно поддерживающего жизнь лечения.

Наблюдение за приемом пищи.

Одной из наиболее важных ежедневных задач по уходу на поздней стадии болезни Альцгеймера является *наблюдение за приемом пищи*. По мере того, как человек становится менее активным, ему требуется меньше еды. Но человек на этой стадии болезни также может забыть поесть или потерять аппетит. Добавление сахара в еду и подача любимых блюд может стимулировать прием пищи; врач может также посоветовать добавки между приемами пищи, чтобы добавить калорий, если потеря веса является проблемой.

Чтобы помочь человеку с поздней стадией болезни Альцгеймера оставаться полноценным, выделите достаточно времени для еды и попробуйте следующие советы:

1. Убедитесь, что человек находится в удобном вертикальном положении	Чтобы помочь пищеварению, держите человека в вертикальном положении в течение 30 минут после еды.
2. Если есть проблемы с глотанием, адаптируйте пищу	Выбирайте мягкую пищу, которую можно легко жевать и глотать. Загущайте жидкости, такие как вода, сок, молоко и суп, добавляя кукурузный крахмал или неароматизированный желатин. Можно попробовать добавить пудинг или мороженое или заменить молоко йогуртом.
3. Поощряйте самостоятельное питание	Иногда человеку нужны подсказки, чтобы начать есть. Начните с того, что положите еду на ложку, осторожно положите руку на ложку и направьте ее ко рту человека. Подавайте пищу пальцами, если человеку трудно пользоваться столовыми приборами.
4. При необходимости помогите человеку с кормлением	Возможно, вам придется напомнить человеку, что нужно жевать или глотать. Убедитесь, что больной проглотил всю пищу и жидкость.

5. Поощряйте употребление жидкости	Больной человек может не всегда осознавать, что хочет пить или может забыть пить, что может привести к обезвоживанию. Если человек плохо глотает воду, попробуйте фруктовый сок, желатин или суп. Перед подачей на стол всегда проверяйте температуру горячих жидкостей.
6. Следите за весом	Хотя следует ожидать потери веса в конце жизни, это также может быть признаком неадекватного питания, другого заболевания или побочных эффектов лекарств. Обратитесь к врачу, чтобы оценить потерю веса.

Трудности с туалетом.

На поздней стадии болезни Альцгеймера очень часто возникают *трудности с туалетом*, в том числе недержание мочи и трудности с дефекацией.

Для поддержания функции кишечника и мочевого пузыря:

1. Установите график посещения туалета	Записывайте, когда человек ходит в туалет, когда и сколько он ест и пьет. Это поможет вам отслеживать естественный распорядок дня человека, а затем вы сможете составить график. Не оставляйте человека с тяжелой формой болезни Альцгеймера одного в ванной; снимите замок с двери ванной, чтобы он не заперся изнутри. Установите поручни контрастного со стеной цвета рядом с унитазом и в ванну/душ, чтобы их легче было увидеть.
2. Ограничьте потребление жидкости перед сном	Ограничите жидкости, по крайней мере, за два часа до сна. Обязательно давайте человеку достаточное количество жидкости в течение дня, чтобы избежать обезвоживания.
3. Используйте абсорбирующие и защитные средства	Одноразовые трусы для взрослых, впитывающие пеленки и непромокаемые простыни для кровати могут служить подспорьем на ночь.

4. Следите за дефекацией	У человека нет необходимости опорожняться каждый день, но если три дня подряд нет дефекации, у него может быть запор. В таких случаях может помочь добавление в рацион натуральных слабительных, таких как чернослив или продукты, богатые клетчаткой (отруби или цельно-зерновой хлеб). Если запор не исчезнет, проконсультируйтесь с врачом.
--------------------------	--

Наблюдение за состоянием кожи и суставов.

Человек с поздней стадией болезни Альцгеймера может быть прикован к постели или инвалидному кресту (стулу). Эта неспособность двигаться может вызвать разрушение кожи, пролежни и «замерзание» суставов.

Чтобы кожа и тело оставались здоровыми:

1. Снимите давление тела и улучшите кровообращение	Следует менять позу человека не реже, чем каждые два часа, чтобы снизить давление и улучшить кровообращение. Убедитесь, что человеку удобно, и он правильно выровнен. Используйте подушки для поддержки рук и ног.
2. Узнайте, как правильно поднять человека	Медицинский работник, например, медсестра или физиотерапевт, может дать инструкции о том, как правильно поднимать и поворачивать человека, не нанося ему травм. Ни в коем случае не поднимайте человека за руки или плечи! Такие действия приносят боль и могут привести к травмированию суставов.
3. Кожа должна быть чистой и сухой	Так как кожа может легко порваться или образоваться синяк, используйте мягкие движения и избегайте трения при очищении кожи. Вымойте кожу мягким мылом и просушите салфеткой. Ежедневно проверяйте, нет ли высыпаний, язв или повреждений.
4. Защищайте костные участки	Используйте подушки или подкладки для защиты локтей, пяток, бедер и других костных участков. Если вы используете увлажняющий крем для кожи на этих участках, нанесите его мягко и не массируйте.

5. Не допускайте «замерзания» суставов	<p>«Замерзание» суставов (контрактуры конечностей — ограничения движения в суставе, вследствие которого конечность не может полностью согнуться или разогнуться) может произойти, когда человек прикован к инвалидному креслу или кровати. Иногда полезно выполнять упражнения на диапазон движений, например, осторожно двигать руками и ногами два-три раза в день, пока кожа и мышцы теплые, например, сразу после купания. Перед выполнением этих упражнений проконсультируйтесь с врачом.</p>
--	--

Защита от инфекций.

Неспособность передвигаться на поздней стадии болезни Альцгеймера может сделать человека более уязвимым для инфекций. Чтобы предотвратить инфекции:

1. Держите зубы и рот в чистоте	<p>Хорошая гигиена полости рта снижает риск попадания бактерий, которые могут привести к пневмонии. Чистите зубы после каждого приема пищи. Если человек носит зубные протезы, снимайте их и чистите каждую ночь. Используйте мягкую зубную щетку или смоченную марлевую салфетку для чистки десен, языка и других мягких тканей рта.</p>
2. Немедленно обработайте порезы и царапины	<p>Промойте порезы теплой мыльной водой и нанесите мазь с антибиотиком. Если порез глубокий, обратитесь за профессиональной медицинской помощью.</p>
3. Защитите от гриппа и пневмонии	<p>Грипп может привести к пневмонии. Для человека с болезнью Альцгеймера, а также для тех, кто за ним ухаживает, жизненно важно получать вакцины от гриппа каждый год, чтобы снизить риск. Человек также может получать вакцину каждые пять лет для защиты от пневмококковой пневмонии (тяжелой инфекции легких, вызываемой бактериями).</p>

На поздних стадиях говорить о боли становится сложно. Если вы подозреваете болезнь, как можно скорее обратитесь к врачу, чтобы выяснить причину. Чтобы распознать боль и болезнь:

1. Ищите физические признаки	Признаки боли и болезни включают бледный или покрасневший оттенок кожи, сухие бледные десны, язвы во рту, рвоту, лихорадку, отек любой части тела.
2. Обратите внимание на невербальные знаки	Жесты, звуки и мимика (например, вздрагивание) могут сигнализировать о боли или дискомфорте.
3. Будьте внимательны к изменениям в поведении	Тревога, возбуждение, дрожь, крики и проблемы со сном могут быть признаками боли.

Агрессивное поведение, тревога и возбуждение.

Если человек с болезнью Альцгеймера агрессивен, подумайте, что может способствовать изменению его поведения. Агрессивное поведение может быть словесным или физическим. Оно может возникнуть внезапно, без видимой причины, или в результате неприятной ситуации. Хотя с агрессией бывает трудно справиться, может помочь понимание того, что человек с болезнью Альцгеймера или деменцией не ведет себя так намеренно.

Агрессивное поведение больного может быть вызвано многими факторами, включая физический дискомфорт, факторы окружающей среды и плохое общение.

Физический дискомфорт. Может ли человек сообщить вам, что он испытывает физическую боль? Люди с болезнью Альцгеймера или другими видами деменции нередко имеют инфекции мочевыводящих путей или другие инфекции. Из-за потери когнитивной функции они не могут сформулировать или определить причину физического дискомфорта и, следовательно, могут выразить его через физическую агрессию. Также причинами физического дискомфорта могут быть следующие ситуации:

- человек устал из-за недостаточного отдыха или сна;
- человек голоден или хочет пить;
- принимаемые лекарства вызывают побочные эффекты.

Любой, кто испытывает поведенческие симптомы, должен пройти тщательное медицинское обследование, особенно если симптомы появляются внезапно. Лечение зависит от тщательного диагноза, определения возможных причин и типов поведения, которые испытывает человек.

Факторы окружающей среды. К проявлениям агрессии могут стимулировать громкие звуки, чрезмерно активная среда или физический беспорядок. Большое скопление людей или пребывание в окружении незнакомых людей — даже в собственном доме — может чрезмерно возбудить человека с деменцией. Большинство людей лучше себя чувствуют в определенное время суток — обычно по утрам. Учитывайте время суток при назначении встреч или планировании занятий. Выберите время, когда вы знаете, что человек наиболее внимателен и лучше всего способен обрабатывать новую информацию или окружение.

Плохое общение. Найдите ответы на простые вопросы:

- Ваши инструкции просты и понятны?
- Вы задаете слишком много вопросов или делаете слишком много заявлений одновременно?
- Больной человек замечает ваш собственный стресс или раздражительность?

- Что предпринять в случаях проявления агрессивного поведения?

1. Попытайтесь определить причину	Подумайте о том, что произошло прямо перед реакцией, которая могла спровоцировать такое поведение.
2. Исключите боль как причину такого поведения	Боль может спровоцировать агрессивное поведение человека с деменцией.

3. Сосредоточьтесь на чувствах, а не на фактах	Вместо того чтобы сосредотачиваться на конкретных деталях, учитывайте эмоции человека. Ищите чувства, стоящие за словами или действиями.
--	--

При проявлениях агрессивного поведения человека, находящегося на поздней стадии болезни Альцгеймера, придерживайтесь следующих правил:

1. Не расстраивайтесь	Будьте позитивными. Говорите медленно, мягким, спокойным тоном.
2. Не отвечайте подобным	Нельзя отвечать агрессией на агрессию или обвинением на обвинение. Больной человек ничего не контролирует и не решает. Ничего из сказанного больным нельзя принимать на свой счет, даже если это обвинения в ограблении, отравлении и т.д.
3. Ограничьте отвлекающие факторы	Изучите то, что окружает человека, и адаптируйте его, чтобы избежать подобных ситуаций.
4. Попробуйте расслабиться	Используйте музыку, массаж или упражнения, чтобы успокоить человека.
5. Сдвиньте фокус на другое занятие	Непосредственная ситуация или действие могли непреднамеренно вызвать агрессивную реакцию. Попробуйте что-нибудь другое.
6. Сделайте перерыв	Если человек находится в безопасной ситуации, уйдите и потратьте время на себя, чтобы успокоиться и передохнуть.

Человек с болезнью Альцгеймера может чувствовать тревогу, беспокойство или возбуждение. Беспокойство и возбуждение могут быть вызваны рядом различных заболеваний, взаимодействием лекарств или любыми обстоятельствами, ухудшающими способности человека. В конце концов, человек с деменцией биологически утрачивает способность согласовывать новую информацию и стимулы. Это прямой результат болезни.

Факторами появления тревоги и возбуждения могут стать:

1. Переезд в новое место жительства.

2. Изменения в окружающей среде (например, присутствие посторонних).
3. Изменения в организации ухода.
4. Неправильно воспринятые угрозы.
5. Страх и усталость в результате попыток разобраться в запутанном мире.

Чтобы предотвратить или уменьшить возбуждение:

1. Создайте спокойную обстановку	Устраните стрессоры. Это может включать перемещение человека в более безопасное или тихое место или предложение объекта безопасности, отдыха или уединения. Сядьте рядом. Включите успокаивающую музыку. Используйте плавные движения. Попробуйте использовать музыку или другие занятия, чтобы заинтересовать человека и отвлечь его внимание.
2. Избегайте триггеров (раздражителей) окружающей среды	Шум, блики и отвлекающий фон (например, работающий телевизор) могут действовать как триггеры, становясь своеобразными «спусковыми крючками» появления тревоги и возбуждения.
3. Следите за личным комфортом	Попытайтесь выяснить, что может вызывать волнение. Проверьте наличие боли, голода, жажды, запоров, переполнения мочевого пузыря, усталости, инфекций и раздражения кожи. Убедитесь, что в комнате комфортная температура. Будьте чувствительны к страхам, ошибочно воспринимаемым угрозам и разочарованию.
4. Говорите спокойным, мягким голосом и обеспечьте уверенность	Используйте спокойные, позитивные высказывания: Чем я могу помочь? Здесь вы в безопасности. Все под контролем. Я прошу прощения. Мне очень жаль, что вы расстроены. Я знаю, что это сложно. Я останусь здесь, пока вам не станет лучше.
5. Сдерживайте себя	Не повышайте голос, не показывайте тревогу и не обижайтесь, не критикуйте, не игнорируйте и не спорьте. Страйтесь не делать резких движений вне поля зрения человека.
6. Обратитесь к врачу	Обратитесь к лечащему врачу больного деменцией, чтобы исключить какие-либо физические причины или побочные эффекты, связанные с приемом лекарств.

Галлюцинации на поздней стадии деменции.

Галлюцинации — это ложное восприятие объектов или событий с участием органов чувств. Эти ложные представления вызваны изменениями в мозге, которые возникают в результате болезни Альцгеймера, обычно на поздней стадии болезни. Пожилой человек может видеть лицо своего бывшего друга, возможно, давно умершего, за занавеской или может видеть насекомых, ползающих по его руке. В других случаях человек может слышать, как кто-то говорит, и даже может вступить в разговор с воображаемым собеседником. Когда человек с болезнью Альцгеймера галлюцинирует, он может видеть, слышать, обонять, пробовать на вкус или чувствовать то, чего нет. Некоторые галлюцинации могут быть пугающими, в то время как другие включают обычные видения людей, ситуаций или предметов из прошлого.

Если у человека с болезнью Альцгеймера появляются галлюцинации, важно пройти медицинское обследование, чтобы исключить другие возможные причины и определить, нужны ли лекарства. Также может помочь проверка зрения или слуха человека. Первой линией лечения поведенческих симптомов болезни Альцгеймера являются немедикаментозные подходы, но если эти стратегии не дают результата и симптомы тяжелые, могут потребоваться лекарства. Хотя антипсихотические препараты могут быть эффективными в некоторых ситуациях, они связаны с повышенным риском инсульта и смерти у пожилых людей с деменцией и должны использоваться с осторожностью. Прежде чем принимать решение, проконсультируйтесь с врачом, чтобы узнать о рисках и преимуществах лекарств.

Реагируя на галлюцинации, будьте осторожны. Сначала оцените ситуацию и определите, является ли галлюцинация проблемой для человека или для вас, а именно ответьте на следующие вопросы:

1. Расстраивает ли больного деменцией галлюцинация?
2. Заставляет ли она его делать что-то опасное?

3. Вызывает ли галлюцинация (например, вид незнакомого лица) страх у больного?

В любом случае:

- реагируйте спокойно и быстро ободряющими словами и успокаивающими прикосновениями;
- не спорьте с человеком о том, что он видит или слышит;
- если галлюцинация не вызывает опасностей для поведения больного, возможно, нет необходимости и во вмешательстве.

1. Предлагайте следующие заявления	Вербально поддерживайте больного человека, например: «Не волнуйтесь. Я здесь. Я буду вас защищать. Я позабочусь о вас». Легкое похлопывание может обратить внимание человека на вас и уменьшить галлюцинации. Признайте чувства, стоящие за галлюцинациями, и попытайтесь выяснить, что галлюцинация означает для человека. Вы можете сказать: «Похоже, вы беспокоитесь» или «Я знаю, что это вас пугает».
2. Используйте отвлекающие факторы	Предложите прогуляться или перейти в другую комнату. Пугающие галлюцинации часто проходят в хорошо освещенных местах, где находятся другие люди. Постарайтесь переключить внимание человека на музыку, разговор или занятия, которые вам нравятся вместе.
3. Отвечайте честно	Если человек спрашивает вас о галлюцинациях или иллюзиях, будьте честными. Например, если он спросит: «Вы его видите?», вы можете ответить: «Я знаю, что вы что-то видите, но я этого не вижу». Таким образом, вы не отрицаете то, что человек видит или слышит, и избегаете лишних и бесполезных споров.
4. Измените среду	Проверьте, нет ли звуков, которые могут быть неверно истолкованы, например, шума от телевизора или кондиционера. Ищите освещение, которое отбрасывает тени, отражения или искажения на поверхности полов, стен и мебели. Включите свет, чтобы уменьшить тени. Накройте зеркала тканью или снимите их, если человек, видя себя в зеркале, думает, что смотрит на незнакомца и/или пугается его вида.

Потеря памяти, спутанность сознания и подозрительность.

На более ранних стадиях болезни Альцгеймера потеря памяти и спутанность сознания могут быть незначительными: человек с деменцией может осознавать и разочаровываться в происходящих изменениях, таких как трудности с вспоминанием недавних событий, принятием решений или обработкой сказанного другими.

На поздней стадии болезни человек может не помнить и не узнавать знакомых людей, мест или вещей, может забыть о прежних взаимоотношениях, называть членов семьи другими именами или не понимать, где находится дом или сколько времени прошло, может забыть предназначение обычных предметов, таких как ручка или вилка. Ситуации, связанные с потерей памяти и спутанностью сознания, чрезвычайно трудны для лиц, осуществляющих уход, и членов семьи и требуют большого терпения и понимания. Такой тип поведения иногда неправильно называют «дряхлостью» или «старческим слабоумием», что отражает ранее широко распространенное, но ошибочное мнение о том, что серьезное снижение умственного развития является нормальным явлением старения.

Основная причина потери памяти и спутанности сознания — прогрессирующее повреждение клеток мозга, вызванное болезнью Альцгеймера. Хотя существующие лекарства не могут этого остановить, они могут помочь уменьшить симптомы на ограниченное время. Определенные ситуации, такие как изменение условий жизни, смены распорядка или определенные инфекции, могут вызвать ухудшение симптомов. Каждый раз, когда происходит внезапное изменение поведения, важно пройти медицинское обследование, чтобы исключить другие причины.

Если у больного наблюдаются потеря памяти или спутанность сознания:

1. Успокойтесь

Хотя вас называют другим именем или вас не узнают, это может быть болезненно, но постарайтесь не делать этого очевидным.

2. Ограничтесь кратким объяснением	Не перегружайте человека длинными рассказами о себе, вместо этого дайте простое объяснение, сказав, кто вы.
3. Покажите фотографии и другие памятные предметы	Используйте фотографии и другие предметы, заставляющие задуматься, чтобы напомнить человеку о важных отношениях и местах.
4. Следуйте за человеком туда, где он мысленно находится	Если память больного сосредоточена на конкретном времени его жизни, начните разговор о воспоминаниях с пониманием того, что это его текущая реальность.
5. Предлагайте исправления как предложения	Избегайте долгих объяснений и нотаций, которые звучат оскорбительно. Попробуйте: «Я думал, что это вилка» или «Я думаю, что это твоя внучка».
6. Не пытайтесь вытащить больного из его выдуманного мира	Тот, кто ухаживает за больным, вынужден мириться с любой реальностью. Используйте ложь во благо и не спорьте. Одни больные верят, что покойный супруг до сих пор жив, другие считают себя маленькими детьми. Попытки спорить «расшатывают» внутренний мир больного, приводя к агрессии, крику, гневу или страху. Выражая свои чувства и мысли, пожилой человек быстро успокаивается.
7. Не принимайте на свой счет	Не обижайтесь, если болезнь Альцгеймера заставила больного забыть, кто вы. Ваша поддержка и понимание будут по-прежнему ценные.

Человек с болезнью Альцгеймера может делать или говорить что-то снова и снова — например, повторять какое-то слово, постоянно задавать один и тот же вопрос или совершать однообразные повторяющиеся движения. Основной причиной поведенческих симптомов при болезни Альцгеймера является разрушение клеток мозга, которое вызывает снижение способности человека понимать мир. В случае повторения человек может не вспомнить, что он только что задал вопрос или выполнил какое-то действие. Люди

с деменцией часто задают одни и те же вопросы, чтобы выразить определенную озабоченность, попросить о помощи или справиться с разочарованием, тревогой или незащищенностью.

Поскольку люди с болезнью Альцгеймера постепенно теряют способность к общению, важно регулярно следить за их комфортом и предвидеть их потребности, а именно:

1. Найдите причину повторений	Повторение происходит вокруг определенных людей или окружения, или в определенное время дня? Или человек пытается что-то сообщить?
2. Сосредоточьтесь на эмоциях, а не на поведении	Вместо того чтобы реагировать на то, что делает человек, подумайте о том, что он чувствует.
3. Преобразуйте действие в приятное/полезное занятие	Человеку может просто скучно, и ему нужно чем-то заняться. Вовлеките человека в приятное или полезное занятие. Если больной человек тер рукой по столу, принесите тряпку и попросите его помочь вытереть пыль.
4. Сохраняйте спокойствие и будьте терпеливы	Успокойте человека спокойным голосом и нежными прикосновениями. Не спорьте и не пытайтесь использовать логику: болезнь Альцгеймера влияет на память, и человек может не вспомнить, что уже задавал вопрос. Подавите в себе инстинктивное желание доказывать свою правоту, что-то поправлять или разубеждать.
5. Давайте ответы	Давайте ответы на поставленные вопросы всякий раз, когда они задаются, даже если вам придется повторять его несколько раз. Если человек с деменцией еще может читать и понимать прочитанное, полезно записать ответ и разместить его на видном месте.
6. Используйте вспомогательные средства памяти	Если человек задает одни и те же вопросы снова и снова, предлагайте напоминания, используя заметки, часы, календари или фотографии, если эти элементы все еще имеют значение.
7. Смиритесь	Если такое поведение не угрожает безопасности и не вредит больному, то и не стоит об этом особо беспокоиться.

Человек с болезнью Альцгеймера может с подозрением относиться к окружающим, обвиняя их в воровстве, неверности или другом ненадлежащем поведении. Спутанность сознания и потеря памяти (например, неспособность вспомнить определенных людей или предметы) могут способствовать этим ложным убеждениям. Человек с болезнью Альцгеймера может полагать, что член семьи крадет его имущество или деньги или что за ним следит полиция. Такое подозрительное заблуждение иногда называют паранойей.

Хотя обвинения могут быть обидными, помните, что причиной такого поведения является болезнь, и постарайтесь не обижаться. Имейте в виду, что человек с деменцией пытается осмыслить свой мир с ухудшенной когнитивной функцией, и хотя это и не связано с реальностью, такая ситуация для человека с деменцией вполне реальна.

При высказывании подозрений:

1. Не обижайтесь	Послушайте, что беспокоит человека, и постарайтесь понять эту реальность. Затем успокаивайте и давайте понять, что вам не все равно.
2. Не спорьте	Не пытайтесь переубедить, позвольте человеку выражать идеи, признайте его мнение.
3. Предложите простой ответ	Делитесь своими мыслями, но не усложняйте их, не перегружайте длинными объяснениями. Лучше вовлеките в какое-либо занятие или попросите помочь по дому.
4. Дублируйте потерянные предметы	Если больной часто ищет какой-то конкретный «потерянный» предмет, имейте в наличии несколько одинаковых. Например, если человек всегда ищет свой кошелек, купите два таких же.

Проблемы со сном.

Люди на поздней стадии болезни Альцгеймера могут иметь серьезные проблемы со сном, испытывая повышенную растерянность, беспокойство, возбуждение, дезориентацию, начиная с сумерек и продолжаясь в течение

всей ночи. Хотя точная причина неизвестна, эти изменения являются результатом воздействия болезни на мозг.

К факторам, способствующим нарушениям сна, можно отнести:

1. Психическое и физическое истощение после целого дня попыток не отставать от незнакомой или сбивающей с толку обстановки.

2. Нарушение «внутренних биологических часов», вызывающее путаницу дня и ночи.

3. Уменьшение освещения может усилить тени и привести к тому, что человек, живущий с заболеванием, неверно истолкует то, что он видит, и впоследствии станет более возбужденным.

4. Невербальное поведение других людей, особенно при наличии стресса или разочарования, может непреднамеренно способствовать повышению уровня стресса у человека, живущего с болезнью Альцгеймера.

5. Дезориентация из-за невозможности отделить сны от реальности.

6. Меньшая потребность во сне, характерная для пожилых людей.

Советы, которые могут помочь справиться с проблемами со сном:

1. Спокойно обсудите ситуацию	<p>Узнайте, что беспокоит больного; осторожно напомните о времени суток и при излишнем беспокойстве или перевозбуждении мягко заверьте, что все в порядке. Избегайте споров и ни в коем случае не используйте физическое сдерживание.</p> <p>Если больной перевозбужден, не может заснуть и испытывает необходимость ходить взад-вперед, позвольте ему так сделать — просто ходите вместе с ним, сохраняя его безопасность и не оставляя без присмотра.</p>
2. Отрегулируйте режим дня	<p>Запланируйте такие мероприятия, как визит к врачу, поездки и купание в утренние или ранние полуденные часы, когда человек, страдающий деменцией, более внимателен.</p> <p>По возможности поощряйте регулярное просыпание, прием пищи и отход ко сну.</p>

	<p>Когда это возможно и целесообразно, включите прогулки или время на улице в утренние или дневные часы.</p> <p>Если у человека проблемы со сном по ночам, полезно ограничить дневной сон.</p> <p>Предложите на обед побольше еды и сделайте ужин более легким.</p>
3. Найдите то, что мешает или помогает больному заснуть	<p>Уменьшите стимуляцию в вечерние часы (телевизор, работа по дому, громкая музыка и т.д.).</p> <p>По вечерам держите дом хорошо освещенным, так как адекватное освещение может уменьшить замешательство человека.</p> <p>Постарайтесь определить действия, которые успокаивают человека, например, прослушивание тихой, спокойной музыки, просмотр фотографий или просмотр любимого фильма.</p> <p>Избегайте употребления алкоголя, кофеина и никотина, которые могут повлиять на способность спать.</p>
4. Поговорите с врачом	<p>Если поведенческие вмешательства и изменения окружающей среды не работают, обсудите ситуацию со своим врачом.</p> <p>Физические заболевания (инфекции мочевыводящих путей или проблемы с недержанием мочи, синдром беспокойных ног или апноэ во сне), могут усугублять проблемы со сном.</p> <p>В отношении проблем со сном, вызванных болезнью Альцгеймера, рекомендуют использовать немедикаментозные меры, но в некоторых случаях могут быть прописаны лекарства от перевозбуждения.</p>

Уход за пожилым человеком, страдающим болезнью Альцгеймера, требует большого терпения, тем более что сама болезнь будет только прогресировать и повернуть ее вспять невозможно. Однако всегда помните, что при уходе вы имеете дело не с болезнью, а с человеком, который не виноват в том, что его состояние неуклонно ухудшается и ничего с этим поделать нельзя.

Болезнь Альцгеймера — неизлечима, а это означает, что настанет время, когда ваша забота подойдет к концу. И это может быть очень трудное время. Вы будете горевать о человеке, который умер, или думать о том, достаточно ли вы сделали или следовало поступить иначе. Вам может быть трудно справиться с тем, что ваша роль закончилась и не о ком больше заботиться. Возможно, вы потеряли контакты с друзьями или членами семьи, и вам сложно восстановить с ними связь.

После кончины близкого человека:

- нужно постараться в первое время избегать принятия каких-либо важных решений, таких как переезд и т.п.;
- следует найти время, чтобы поразмыслять и смириться со своей ситуацией, но при этом не замкнуться в себе;
- необходимо позаботиться о своих духовных потребностях: многие люди считают, что духовные практики (например, посредством медитации или молитвы) помогают пережить тяжелую утрату;
- если горе станет невыносимым, необходимо обратиться к психотерапевту, так как после тяжелой утраты уязвимость перед стрессом или депрессией возрастает на порядок.

Конечно, жизнь не будет прежней после тяжелой утраты, но наступит время, когда боль утихнет. Некоторым легче к этому приспособиться, другим — нужно больше времени. Чтобы прийти в себя, стоит:

- поговорить с друзьями и близкими об умершем человеке, вспомнить о нем и ярких моментах из его жизни;
- сделать фотоальбом с памятными снимками близкого человека, лучше находящегося в расцвете своих жизненных сил, может быть, написать или надиктовать воспоминания, смонтировать видеофильм;
- сохранить на память некоторые личные вещи умершего человека;

- постараться правильно питаться и достаточно отдыхать (даже если не удается заснуть);
 - просить о помощи и поддержке, рассказать свои близким, что вам нужно — если этого не сделать, близкие и друзья не будут знать, как помочь;
 - проводить время в компании, попробовать заниматься хобби или подумать о том, чтобы завести новые знакомства;
 - сделать что-нибудь в память о человеке, например, посадить дерево в саду или поставить скамейку, устраивать поминальные встречи для близких и друзей (например, в годовщину кончины), чтобы каждый мог поделиться своими воспоминаниями.

2.3. ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ И МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ

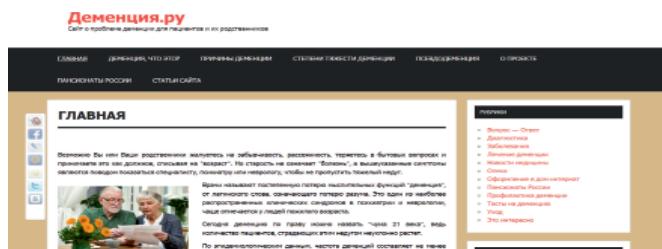
2.3.1. Перечень интернет-ресурсов.

2.3.2. Перечень мобильных приложений.

2.3.1. ПЕРЕЧЕНЬ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ

I. Интернет-ресурсы, адресованные пожилым людям, их родственникам и близким, а также лицам, занятым профессиональным уходом за больными людьми. Содержат доступную информацию по профилактике и выявлению признаков деменции (с возможностью самооценки когнитивных расстройств), практические советы и рекомендации по уходу.

1. Сайт о проблеме деменции для пожилых людей и их родственников — Деменция.ру (<http://dementcia.ru/>)



2. Фонд помощи людям с деменцией и их семьям — Альцрус (<https://www.alzrus.org/>)

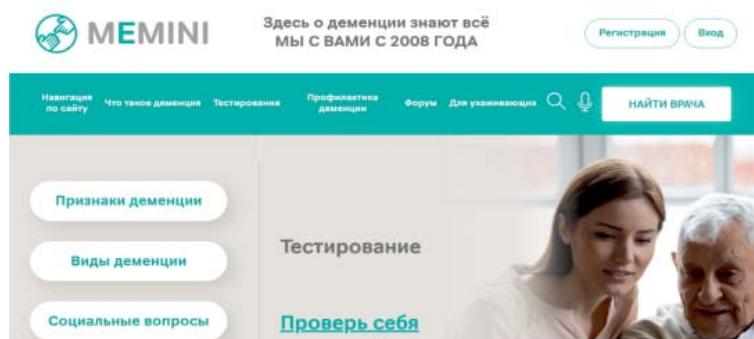


3. Информация и другие ресурсы о болезни Альцгеймера и деменции — alz.org | Россия (<https://www.alz.org/ru/>)



4. Здесь о деменции знают всё — MEMINI (<https://memini.ru/>)

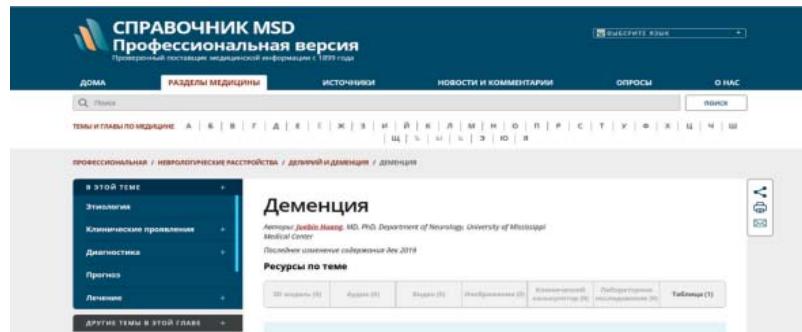
Сайт рекомендован Российской ассоциацией геронтологов и гериатров и Российской обществом психиатров (см. Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста», утв. Минздравом РФ, 2020).



Представленные источники следует использовать только в качестве информационных ресурсов.

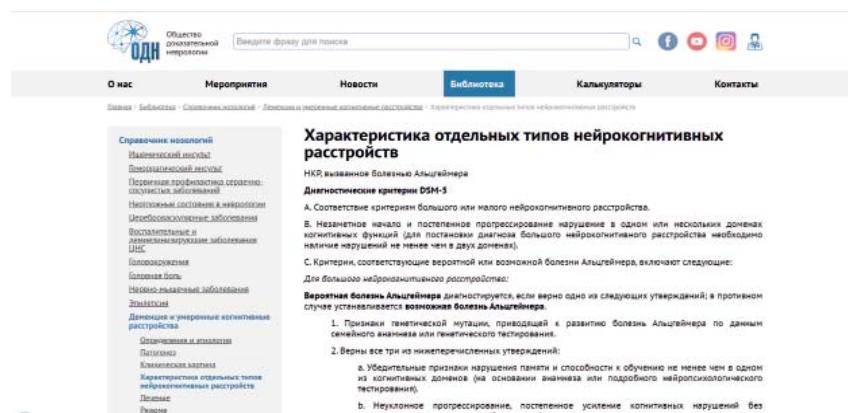
II. Специализированные Интернет-ресурсы с информацией, адресованной врачам и медицинским работникам, занятым лечением и уходом за больными с когнитивными нарушениями разной степени тяжести.

1. Справочник MSD. Профессиональная версия — <https://www.msdmanuals.com/ru-ru>



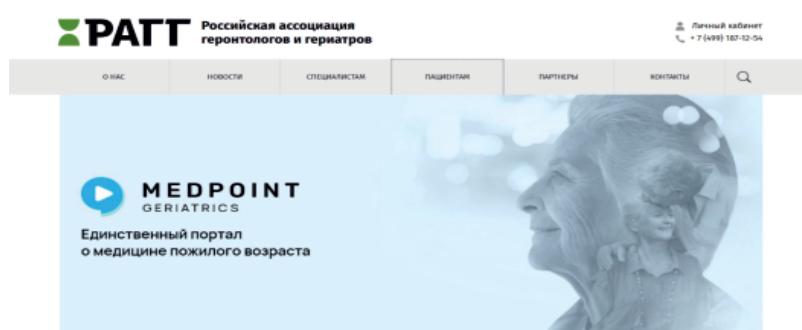
The screenshot shows the MSD Professional Edition homepage. The top navigation bar includes 'ДОМА', 'РАЗДЕЛЫ МЕДИЦИНЫ', 'ИСТОЧНИКИ', 'НОВОСТИ И КОММЕНТАРИИ', 'ОПРОСЫ', and 'О НАС'. A search bar is at the top left. The main content area is titled 'Деменция' (Dementia) with a sub-section 'Деменция и умеренные когнитивные нарушения'. On the left, a sidebar lists topics: 'Этиология', 'Клинические проявления', 'Диагностика', 'Причина', and 'Лечение'. A footer navigation bar includes 'Другие темы в этой главе', 'Другие темы', 'Форумы', 'Библиотека', 'Индикаторы', 'Компьютерный гериатропартер', 'Лайбрария', and 'Таблицы'.

2. Сайт Общества доказательной неврологии — <https://www.msdmanuals.com/ru-ru>



The screenshot shows the Society for Clinical Neurology (ODN) website. The top navigation bar includes 'О нас', 'Мероприятия', 'Новости', 'Библиотека', 'Калькуляторы', and 'Контакты'. A search bar is at the top right. The main content area is titled 'Характеристика отдельных типов нейрокогнитивных расстройств' (Characteristics of specific types of neurocognitive disorders). It includes a sidebar with 'Справочник неврологий' (Neurology Reference) and a main text section with 'Диагностические критерии DSM-5' (Diagnostic criteria for DSM-5).

3. Сайт Российской ассоциации геронтологов и гериатров — <https://rosagg.ru/>



The screenshot shows the RATT website. The top navigation bar includes 'О НАС', 'НОВОСТИ', 'СПЕЦИАЛИСТАМ', 'ПАЦИЕНТАМ', 'ПАРТНЕРАМ', and 'КОНТАКТЫ'. A search bar is at the top right. The main content area features the 'MEDPOINT GERIATRICS' logo and the text 'Единственный портал о медицине пожилого возраста' (The only portal on geriatric medicine).

4. Сайт Российского общества психиатров — <https://psychiatr.ru/>



2.3.2. ПЕРЕЧЕНЬ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ

Мобильное приложение — это специально разработанное под функциональные возможности гаджетов программное обеспечение, назначение которого может быть очень разнообразным: сервисы, магазины, развлечения, онлайн-помощники и др. Эти приложения скачиваются и устанавливаются пользователем через мобильные маркет-плейсы (AppStore, Google Play и др.). Технически все приложения создаются под конкретную платформу мобильного гаджета. Наиболее популярные операционные системы — iOS и Android.

Существуют как платные, так и бесплатные мобильные приложения, в том числе адресованные пожилым пользователям и ориентированные на отслеживание и фиксацию отклонений в здоровье и когнитивных нарушений, поддержание физической активности и здорового образа жизни и пр.

Ниже представлен перечень некоторых мобильных приложений для Android:

1. Приложения для контроля эмоционального и тревожно-депрессивного состояния

Трекер настроения
Гриндекс — трекер депрессии и мании

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.moodtrackergrindeks>

Предназначен для отслеживания и фиксации выраженности симптомов депрессии, тревоги и раздражительности. Накопленная информация о том, что происходило с настроением в течение месяца, двух недель или любого другого периода, может быть представлена для анализа врачу-специалисту либо психотерапевту.

Дневник ментального здоровья	https://play.google.com/store/apps/details?id=com.coffye.mindhealthy
------------------------------	---

Содержит дневник когнитивной терапии для записи возникающих негативные убеждений, психологические тесты на уровень депрессии и по определению слабых сторон личности, книги и статьи по когнитивной психологии с практическими советами для достижения душевного равновесия. Обучает методам обнаружения тревожных мыслей и эмоций, позволяя отслеживать процесс выздоровления в динамике.

Антистресс дневник: стресс, настроение, привычки	https://play.google.com/store/apps/details?id=com.reakk.stressdiary
--	---

Дневник стресса позволяет: повысить стрессоустойчивость, снизить уровень стресса внутреннее напряжение и расслабиться, определять его основные причины, получить советы по повышению устойчивости, достигать и удерживать высокую продуктивность и мотивацию с помощью антистрессовых привычек. Регулярное ведение дневника и запись стрессовых событий помогает определять основные причины нервного напряжения и тревоги, разработать стратегии преодоления высокого стресса. В приложение добавлен тест на стрессоустойчивость.

2. Приложения по здоровому образу жизни (питание, физкультура, контроль индивидуальных показателей)

Моё Здоровье: образ жизни	https://play.google.com/store/apps/details?id=ru.medsolutions.myhealth
---------------------------	---

Позволяет вести дневник здоровья (давление, пульс, вес) и отправлять данные лечащему врачу. Все разделы сформированы при участии практикующих врачей. Содержит разделы «Прием лекарств: напоминание» и «Запись к врачу».

Дневник ЗОЖника	https://play.google.com/store/apps/details?id=com.tvoydnevnik
-----------------	---

Позволяет вести дневники:

питания (подсчет калорийности, белков, жиров, углеводов, витаминов, минералов по приёмам пищи, добавление своих продуктов и рецептов, поиск наиболее полезных продуктов с максимальным содержанием витаминов и минералов, отчеты и диаграммы поступления нутриентов за день, неделю, месяц и другой период);

тренировок (расчет энергозатрат, описание техники, фотографии и обучающие видео, учет времени, количества упражнений и их интенсивности, времени отдыха, отчеты по тренировками, позволяющие оценить динамику, регулярность и прогрессию нагрузок).

Контроль приема лекарств

Мои таблетки.

Напоминание и трекер о лекарствах

<https://play.google.com/store/apps/details?id=mobilecreatures.pillstime>

Pills Time — универсальный помощник для приема таблеток. Формат напоминания — будильник. Приложение помогает принимать медицинские препараты по графику. Позволяет «привязать» лекарства к приему пищи, задать индивидуальное расписание приема лекарств, составить аптечку с фото и проконтролировать процесс лечения.

Прием лекарств и напоминание выпить таблетку

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.wachanga.pills>

Помогает вовремя выпить таблетку, подходит для регулярных курсов приема лекарств, позволяет отслеживать прием лекарства по времени и дням в календаре таблеток с соблюдением четкого графика лечения. Гибкие настройки позволяют точно встроить прием таблеток в удобный календарь и не пропустить момент, когда их принимать. Трекер лекарств запоминает, какие таблетки и в какой дозировке были приняты в соответствии с назначениями врача. Напоминание пить лекарства приходит на телефон со звуковым сопровождением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ключевым элементом поддержки здорового старения для всех является оптимизация индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности людей, даже по мере того как старение приводит к постепенному снижению интеллектуальных и физических возможностей и угасанию когнитивных функций человека.

Возникновение зависимости от посторонней помощи можно предотвратить при условии своевременной диагностики и ведения важных расстройств здоровья, связанных со снижением индивидуальной жизнеспособности.

Чтобы замедлить или обратить вспять такое снижение, работники здравоохранения и работники социальной сферы могут вести работу по выявлению пожилых людей со снижением когнитивных возможностей, а также по организации надлежащего ухода.

Расстройства здоровья, связанные со снижением индивидуальной жизнеспособности, взаимосвязаны и требуют комплексного подхода, ориентированного как на потребности людей, так и на возможности привлечения к оказанию квалифицированной помощи не только со стороны специалистов (врачей, среднего медицинского персонала, работников социальной сферы), но и со стороны ближайшего окружения пожилых людей.

В данных Методических материалах:

- проанализированы основные причины и проявления возрастных когнитивных нарушений, а также их последствия;
- представлены возможности диагностики и самодиагностики когнитивных нарушений у граждан пожилого возраста;

- представлены рекомендации по вовлечению родственников пожилых граждан к вопросам профилактики когнитивных нарушений;

- даны рекомендации по организации первичной и вторичной профилактики когнитивных расстройств, самооценке и самоконтролю состояния когнитивных функций человека.

- охарактеризованы особенности проведения тестирования, интерпретации их результатов и имеющихся ограничений;

- представлены практические советы и рекомендации по организации ухода за пожилыми людьми, находящимися на различных стадиях деменции — ранней, умеренной и поздней, адресованные как близким больного человека, так и специалистам по социальной работе и профессионалам по уходу.

Методические материалы, включающие в себя методический и дидактический разделы, разработаны для государственных организаций социального обслуживания Свердловской области, реализующих программу «Школа пожилого возраста» по направлению «Активное долголетие» в соответствии с комплексной программой Свердловской области «Старшее поколение».

Методические рекомендации созданы в целях повышения эффективности реализации направления «Активное долголетие» и уровня информированности работников организаций социального обслуживания, организаторов и преподавателей «Школ пожилого возраста» об основных признаках и особенностях возрастных когнитивных нарушений граждан пожилого возраста, способах их профилактики.

Дидактические материалы включают в себя тестовые методики и шкалы, наиболее часто используемые при диагностике и самодиагностике когнитивных нарушений, практические советы по уходу за людьми пожилого и старческого возраста, находящимися на разных стадиях деменции (на примере болезни Альцгеймера), перечни рекомендуемых интернет-ресурсов и мобильных приложений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Авдеева, И.В., Прощаев, К.И. Комплексная когнитивно-двигательная модель реабилитации пациентов пожилого и среднего возраста с ранними когнитивными нарушениями / И.В. Авдеева, К.И. Прощаев // Клиническая геронтология. — 2019. — № 11-12. — С. 4-9.

Воробьева, О.В. Возможности ноотропной терапии при церебральной микроангиопатии / О.В. Воробьева // Нервные болезни. — 2019. — № 1. — С. 47-52.

Горшунова, Н., Медведев, Н., Капошко, Ю. Профилактика когнитивных нарушений в деятельности врача общей практики / Н. Горшунова, Н. Медведев, Ю. Капошко // Врач. — 2018. — № 6. — С. 45-47.

Давыдова, Ю.Д., Еникеева, Р.Ф., Казанцева, А.В., Мустафин, Р.Н., Романова, А.Р., Малых, С.Б., Хуснутдинова, Э.К. Генетические основы предрасположенности к депрессивным расстройствам / Ю.Д. Давыдова, Р.Ф. Еникеева, А.В. Казанцева, Р.Н. Мустафин, А.Р. Романова, С.Б. Малых, Э.К. Хуснутдинова // Вавиловский журнал генетики и селекции. — 2019. — № 23 (4). — С. 465-472.

Ефремова, Д.Н. Активное поколение: психологическая помощь пожилым людям методом психодрамы / Д.Н. Ефремова // Вестник Московского государственного областного университета (электронный журнал). — 2017. — № 4.

Ефремова, Д.Н. Нейропсихологическая реабилитация когнитивных функций людей пожилого возраста в период изоляции по коронавирусной инфекции / Д.Н. Ефремова // Евразийский союз ученых. — 2020. — № 6 (75). — С. 50-53.

Ивкин, А.А., Григорьев, Е.В., Шукевич, Д.Л. Диагностика когнитивной дисфункции у пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии / А.А. Ивкин, Е.В. Григорьев, Д.Л. Шукевич // Вестник анестезиологии и реаниматологии. — 2018. — Т. 15 — № 3. — С. 47-55.

Касымжанова, М.К., Распопова, Н.И. Влияние психогенных факторов на клинику и течение когнитивных нарушений у лиц пожилого возраста (обзор литературы) / М.К. Касымжанова, Н.И. Распопова // Вестник КазНМУ. — 2019. — № 2. — С. 78-81.

Коберская, Н.Н. Болезнь Альцгеймера: новые критерии диагностики и терапевтические аспекты в зависимости от стадии болезни / Н.Н. Коберская // Медицинский совет — 2017. — № 10. — С. 18-24.

Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста: клинические рекомендации. МКБ 10: F00-03, G30-31, I67-69/ Министерство здравоохранения Российской Федерации. Год утверждения (частота пересмотра): 2020.

Комплексная междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста до 2025 г. / Н.Н. Яхно, О.Н. Ткачева, С.И. Гаврилова, О.С. Левин и др. М, 2018. — 62 с.

Комплексная программа Свердловской области «Старшее поколение» до 2025 года / Утв. Постановлением Правительства Свердловской области № 952-ПП от 26.12.2018 г.

Короленко, А.В. Стресс как фактор риска здоровья населения и распространения вредных привычек / А.В. Короленко // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. — 2019. — № 1 (12). — С. 3-26.

Кузьмин, К.В., Петрова, Л.Е. Учеба «для себя», «для нас» и «учеба с другими»: типология пользователей образовательного и познавательного контента при использовании дистанционных технологий / К.В. Кузьмин,

Л.Е. Петрова // Системная интеграция в здравоохранении. — 2021. — Вып. 1 (50). — С. 16-35.

Куликовский, В.Л., Копытов, А.В. Актуальность распространенности, нозологической принадлежности и диагностики когнитивных нарушений в современном обществе / В.Л. Куликовский, А.В.Копытов // Медицинский журнал. 2017. № 1 (59). — С. 8-14.

Курбанова, М.М., Галаева, А.А., Стефановская, Е.В., Суворкина, А.А., Алиханов, Н.М. Современные методы диагностики когнитивных нарушений / М.М. Курбанова, А.А. Галаева, Е.В. Стефановская, А.А. Суворкина, Н.М. Алиханов // Российский семейный врач. — 2020. — № 1. — Т. 24. — С. 35-44.

Микляева, А.В. Инфантилизация пожилых людей в повседневном взаимодействии: к постановке проблемы / А.В. Микляева // Журнал исследований социальной политики. — 2018. — Том 16. — № 1. — С. 109.-124.

Науменко, А.А., Громова, Д.О., Преображенская, И.С. Когнитивный тренинг и реабилитация пациентов с когнитивными нарушениями / А.А. Науменко, Д.О. Громова, И.С. Преображенская // Доктор.Ру. — 2017. — № 11 (140). — С. 31-38.

Носачев, Г.Н. Синдром деменции в понимании неврологов и психиатров (методология диагноза): Научный обзор / Г.Н. Носачев // Российский психиатрический журнал. — 2017. — № 5. — С. 42-49.

Носкова, И.С. Когнитивная гимнастика / И.С. Носкова // Медицинская сестра. — 2017. — № 5. — С. 22-25.

Оказание комплексной помощи пожилым людям (ICOPE): Методическое пособие. Рекомендации в отношении проведения оценок и составления схем организации ухода, ориентированных на потребности людей, в первичном звене медико-санитарной помощи. — Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2019. — 86 с.

Оленская, Т.Л., Николаева, Ю.В., Маличенко, А.А., Николаева, А.Г. Применение адаптации к гипобарической гипоксии и физических тренировок для коррекции синдрома когнитивных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией / Т.Л. Оленская, Ю.В. Николаева, А.А. Маличенко, А.Г. Николаева // Здоровье для всех. — 2019. — № 1. — С. 8-15.

Парфенов, В.А. Сочетание и взаимовлияние болезни Альцгеймера и цереброваскулярной патологии / В.А. Парфенов // Медицинский совет. — 2019. — № 9. — С. 8-13.

Преображенская, И.С. Коморбидность когнитивных нарушений у пожилого пациента: анализ наиболее частых причин когнитивных нарушений в пожилом возрасте с разбором клинического случая / И.С. Преображенская // Неврология и психиатрия. — 2018 — № 3. — С. 10-19.

Программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста: Метод. рекомендации / Бойцов С.А., Вергазова Э.К., Воробьев П.А., Гусев Е.И. и др.; Под ред. О.Н.Ткачевой. — М.: Прометей, 2019. — 72 с.

Табеева, Г.Р. Нейрокогнитивное старение и когнитивные расстройства / Г.Р. Табеева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2019 — № 119 (6). — С. 160-167.

Уход за ослабленными пожилыми людьми: Российские рекомендации / Р.О. Ахметели, Е.Н. Дудинская, С.Г. Затеева, Ю.В. Котовская и др. — М.: Человек, 2018. — 224 с.

Чупряев, И.К., Пономарева, С.Д., Ясакова, А.В., Фролова, Е.В. Физическая активность как фактор, влияющий на когнитивные нарушения / И.К. Чупряев, С.Д. Пономарева, А.В. Ясакова, Е.В. Фролова // Российский семейный врач. — 2020. — Т. 24. - № 1. — С. 45-51.

Шабалин, В.Н., Шатохина, С.Н. Влияние социальной среды на формирование психического здоровья пожилого человека / В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина // Ульяновский медико-биологический журнал. — 2018. — № 3. — С. 124-132.

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ

Амнезии — выраженные нарушения памяти, развивающиеся вследствие черепно-мозговой травмы или дегенеративных заболеваний, приводящих к гибели нейронов головного мозга и частичной или полной потере памяти.

Аризонский опросник для родственников (The Alzheimer's Questionnaire) — тестовая методика, предназначенная для определения выраженности когнитивных нарушений по оценке информанта.

Афазии — нарушения речи, развивающиеся при патологии лобных или височно-теменных отделов головного мозга.

Аэробное упражнение — любой вид физических упражнений относительно низкой интенсивности, где кислород используют как основной источник энергии для поддержания мышечной двигательной активности; могут выполняться в течение длительного периода времени.

Блокаторы кальциевых каналов (антагонисты кальция) — гетерогенная группа лекарственных средств, тормозящих проникновение ионов кальция из межклеточного пространства в мышечные клетки сердца и сосудов, расширяющих коронарные и периферические артерии и оказывающих выраженное сосудорасширяющее действие.

Болезнь Альцгеймера — нейродегенеративное заболевание, характеризующееся постепенным малозаметным началом, неуклонным прогрессированием расстройств памяти и высших мозговых функций, приводящих к деменции с формированием характерного комплекса нейропатологических, нейровизуализационных и биохимических признаков.

Внимание — избирательная направленность сознания человека на определенные предметы и явления; способность поддерживать требуемый для умственной работы уровень психической активности и фокусировать психическую деятельность на актуальной задаче.

Восприятие информации (гноэзис) — способность воспринимать и распознавать информацию, поступающую от органов чувств.

Галлюцинация — образ, звуки или иные ощущения, которые возникают в сознании больного человека без внешнего раздражителя: при переутомлении организма или при нарушении работы внутренних органов, особенно головного мозга.

Геронтостереотипы — социальные стереотипы восприятия старости, негативно конструирующие жизнь пожилого человека, вырабатывающие отношение неодобрения, неприязни, искажения контекста и масштабов происходящего и формирующие ошибочные, дискриминационные и поверхностные представления о возрастных особенностях.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) — функциональная диагностическая шкала, предназначенная для оценки выраженности тревожных и депрессивных состояний.

Делирий — преходящее нейрокогнитивное расстройство, проявляющееся спутанностью сознания, нарушениями внимания, восприятия, мышления, эмоционально-аффективными и другими нервно-психическими симптомами.

Деменция — приобретенное долговременное снижение когнитивных функций, вызванное повреждением нейронов головного мозга; заболевание, в процессе которого нарушаются когнитивные (способность мыслить) способности больного; деменция вызывает постепенное ухудшение памяти, умственных способностей, способности ориентироваться во времени и в пространстве, а также способности узнавать людей и предметы.

Депрессивная триада — сочетание снижения настроения, заторможенности мышления и двигательной заторможенности, что может усугубляться имеющимися соматическими заболеваниями.

Депрессия — состояние, при котором происходят специфические нарушения анализа и синтеза информации, вследствие чего наблюдается угнетенное, подавленное, тоскливо, тревожное, боязливо или безразличное настроение, снижение или утрата способности получать удовольствие.

Депрессия невротическая — депрессия, характеризующаяся навязчивыми, астеническими или истерическими проявлениями.

Депрессия поздняя — депрессия, возникающая в пожилом возрасте, зачастую, под воздействием имеющихся патологических заболеваний и/или когнитивных нарушений.

Депрессия психогенная (экзогенная) — депрессия, возникающая как реакция организма на конкретное стрессовое событие.

Депрессия циркулярная — депрессия, являющаяся реакцией на сезонные изменения.

Депрессия эндогенная — депрессия, развивающаяся на фоне генетической предрасположенности.

Диагностика медицинская — процесс установления диагноза, то есть заключения о сущности болезни и состоянии пациента, выраженное в принятой медицинской терминологии. Медицинская диагностика основывается на всестороннем и систематическом изучении больного, которое включает в себя сбор анамнеза, объективное исследование состояния организма, анализ результатов лабораторных исследований крови и различных выделений, рентгенологические исследования, графические методы и др.

Диагностика психологическая — определение психологических особенностей человека в связи с той или иной ситуацией или проблемой, заявленной клиентом. Диагностика проводится с помощью специальных бесед, тестов, шкал, опросников, игр и др.

Жестокое обращение — единичное либо повторяющееся действие или отсутствие действия там, где ожидается ответственность, результатом которых является ущерб или горе, причиненные пожилому человеку.

Заболевания дементные — группа заболеваний, сопровождающихся стойким поражением головного мозга и органическими нарушениями когнитивных функций; к дементным заболеваниям относят болезнь Альцгеймера (50-60% случаев), сосудистую деменцию (10-20%), внутричерепными объемные процессы — опухоли, субдуральные гематомы и мозговые абсцессы (10-20%), черепно-мозговые травмы (10-20%) и др.; по 1% случаев деменции составляют болезнь Паркинсона, хорея Хантингтона и болезнь Пика.

Заболевания недементные — группа заболеваний, развивающихся при отсутствии непосредственного поражения вещества головного мозга и, как правило, обратимых при устраниении вызвавшей их причины; к недементным заболеваниям, в частности, относят длительную депрессию.

Здоровое питание — питание, обеспечивающее рост, нормальное развитие и жизнедеятельность человека, способствующее укреплению его здоровья и профилактике заболеваний; здоровое питание и регулярная физическая активность сокращают риски когнитивных нарушений в пожилом возрасте.

Здоровый образ жизни — образ жизни, направленный на профилактику болезней и укрепление здоровья.

Здоровье — состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Ингибиторы — общее название веществ, подавляющих или задерживающих течение физиологических и физико-химических процессов.

Интеллект — способность сопоставлять информацию, использовать накопленный опыт и знания в практической деятельности применительно

к новой ситуации, находить общее и различия, выносить суждения и умозаключения.

Интеллект кристаллизованный — комплексное понятие, характеризующее совокупность навыков, способностей и знаний, приобретенных и используемых человеком на протяжении всей его жизни.

Интеллект текущий — комплексное понятие, характеризующее совокупность способностей человека, включающих в себя возможности решения проблем и рассуждения о вещах, которые ему менее знакомы и не зависят от уровня его информированности.

Интернет-ресурс (веб-ресурс, веб-сайт, веб-сервис, сайт) — совокупность интегрированных средств технического и программно-аппаратного характера, а также информации, предназначенной для публикации во Всемирной паутине. Интернет-ресурс может содержать информацию в текстовой, графической и мультимедийной форме. Каждый интернет-ресурс должен иметь уникальный адрес, который позволяет найти его в Сети.

Исполнительные функции — функции, позволяющие человеку осуществлять целенаправленную деятельность, включающие в себя такие способности, как самоконтроль, планирование, организация действий, рассуждения, умственная гибкость и способность к решению проблем.

Когнитивная поведенческая терапия — психотерапевтическая методика, основанная на развитии способностей выявлять и сомневаться в негативных представлениях и развитии полезных форм поведения.

Когнитивная стимуляция — действия, направленные на улучшение общего когнитивного состояния или его отдельных процессов как здоровых людей, так и людей с различными поражениями центральной нервной системы; укрепление когнитивных способностей с помощью определенных упражнений для мозга.

Когнитивное старение — понятие проводимых в последние годы исследований, связанных с изучением закономерностей взаимодействия и взаимообусловленности процессов биологического старения человеческого организма и влияния на них социальных и психологических факторов (таких как одиночество, потеря независимости, хронические стрессы и перегрузка, злоупотребление алкоголем, курение, недостаток физической нагрузки, нездоровое, нерациональное питание и др.).

Когнитивной психодрамы метод — метод психотерапевтического воздействия пожилых людей с мягким когнитивным снижением, основанный на специально организованном процессе чтения по ролям художественного произведения.

Когнитивные (познавательные, высшие психические) функции — наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется рациональное познание мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним посредством восприятия, обработки, анализа, запоминания, хранения и обмена информацией.

Когнитивные нарушения (когнитивные расстройства, когнитивное снижение) — нарушения работы когнитивных функций центральной нервной системы; природу когнитивных нарушений выводят из особенностей поражений левого или правого полушарий головного мозга.

Когнитивные нарушения возрастные — нарушения когнитивных функций, приобретенные по мере старения человеческого организма.

Когнитивные нарушения легкие — нарушения когнитивных функций, характеризующиеся незначительным ухудшением когнитивных процессов, не мешающим повседневной жизни при наличии хорошо ранее усвоенных навыков, но нередко препятствующим усвоению новой информации.

Когнитивные нарушения органические — стойкие нарушения когнитивных функций, обусловленные патологическими изменениями вещества

головного мозга вследствие недостаточности кровоснабжения, возрастной атрофии, злоупотребления алкоголя и др.

Когнитивные нарушения средние (умеренные) — нарушения когнитивных функций, характеризующиеся существенными изменениями одной или нескольких когнитивных функций (внимание, память, речь, мышление) по сравнению с прежним уровнем, вызывающие субъективное беспокойство и подтверждаемые объективными (нейропсихологическими) методами исследования, но не достигающие выраженности деменции.

Когнитивные нарушения субъективные («субъективные нарушения памяти», «жалобам когнитивного характера») — диагноз, который ставится, когда при имеющихся жалобах на снижение когнитивных функций каких-либо отклонений от среднестатистической возрастной нормы по данным когнитивных тестов, используемых для диагностики нарушений когнитивного характера, не фиксируется.

Когнитивные нарушения тяжелые — нарушения когнитивных функций, характеризующиеся сильным расстройством познавательных процессов и ведущим к неспособности человека вести обычную деятельность, работать и контролировать себя.

Когнитивные нарушения функциональные — нарушения когнитивных функций, развивающиеся при отсутствии непосредственного поражения вещества головного мозга и, как правило, обратимые при устраниении вызвавшей их причины.

Когнитивный резерв — способность пожилого человека переносить физиологические возрастные изменения без когнитивных и функциональных нарушений, делающая его более устойчивым.

Комплексный подход — подход, основанный на сочетании различных форм и видов первичной и вторичной профилактики когнитивных нарушений и включающий в себя воздействие на медицинские и немедицинских факторы их возникновения и развития.

Консультирование (терапия, направленная на решение проблем) — психотерапевтическая методика, основанная на выявлении конкретных психотравмирующих проблем и поиске стратегий совладающего поведения.

Краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination, MMSE) — функциональная диагностическая шкала, предназначенная для скрининга и оценки тяжести когнитивного расстройства.

Культура постфигуративная (традиционная) — культура, которая строится на том, что подрастающее поколение перенимает опыт у старших, когда «прошлое взрослых оказывается будущим каждого нового поколения».

Культура префигуративная (инновационная) — культура, в которой инновации происходят в настолько быстром темпе, что взрослое население не успевает их усваивать, в результате чего не только дети учатся у родителей, но и родителям приходится также учиться у своих детей.

Ложноотрицательные результаты психологического тестирования — формально нормальные показатели тестов при наличии когнитивных нарушений.

Ложноположительные результаты психологического тестирования — избыточная диагностика, когда испытуемый набирает балл ниже нормативного для соответствующего возраста при отсутствии у него когнитивных нарушений.

Мобильное приложение — специально разработанное под функциональные возможности гаджетов (например, смартфонов) программное обеспечение, предназначено для скачивания и установки пользователем.

Модифицированная методика Мини-Ког (Mini-Gog) — функциональная диагностическая шкала, разработанная для скрининговой оценки наличия выраженных когнитивных нарушений.

Монреальская шкала оценки когнитивных функций (The Montreal Cognitive Assessment, MoCA-тест) — функциональная диагностическая

шкала, предназначенная для скрининга тяжести умеренных когнитивных нарушений.

Мотивация — побуждение к действию; динамический психофизиологический процесс, управляющий поведением человека и определяющий его организованность, направленность, устойчивость и активность.

Мотивация психологическая — мотивация, зависящая от личностных ценностей человека, которые активно влияют на деятельность, способность ставить цели и достигать их, способность быстро решать возникающие задачи.

Мышление — психический познавательный процесс отражения существенных связей и отношений предметов и явлений объективного мира; мышление проявляется себя посредством особых мыслительных операций анализа, синтеза, сравнения, абстрагирования, обобщения и конкретизации.

Насилие психологическое (эмоциональное и вербальное) — использование слов, поступков или других способов причинения эмоционального стресса или психологического ущерба; к психологическому насилию относится произнесение угрожающих фраз, произведение действий в виде оскорблений, резких команд, сохранение напряженного молчания и/или игнорирование личности пожилого человека; к практике психологического насилия также относится инфантилизация старости.

Насилие физическое — причинение боли или использование физической силы, приводящее к травме или чувству дискомфорта; к физическому насилию относятся не только действия, следствием которых становятся травмы и/или увечья (удары, толчки, побои, избиения и др.), но и всякие действия, направленные на ограничение свободы.

Насилие финансовое и материальное — незаконная или неуместная эксплуатация, несанкционированное использование сбережений и имущества пожилого человека (без его согласия), невнимательное отношение к его

имуществу или денежным средствам, результатом чего становится нанесение материального или финансового ущерба.

Нейрогимнастика — комплекс упражнений, направленных на активацию естественных механизмов работы мозга через выполнение физических движений и улучшающих память, внимание, речь, процессы письма и чтения, пространственные представления, мелкую и крупную моторику, а также снижающих утомляемость и повышающих способности к произвольному контролю.

Нейропсихологическая реабилитация — максимально возможное восстановление способностей, нарушенных в результате какого-либо повреждения или травмы, и социальная адаптация человека.

Ноотропный эффект — эффект, производимый лекарственными средствами, стимулирующими процессы обмена веществ в нервной ткани и влияющими на улучшение памяти и способности к обучению, повышение устойчивости клеток нервной системы к неблагоприятным внешним воздействиям (в частности, к нехватке кислорода).

Образ жизни — способ жизни, основывающийся на идентифицируемых видах и особенностях поведения между личностными характеристиками человека, социальным взаимодействием и социально-экономическими и экологическими условиями жизни; формируется на основе текущего состояния его здоровья, его самооценки, наличия жизненных перспектив, условий и особенностей жизнеобеспечения и пр.

Память — способность головного мозга усваивать, сохранять и многократно воспроизводить необходимую информацию для текущей деятельности индивида, получаемую в течение всей его жизни.

Память декларативная — сознательное вспоминание фактов и событий; включает в себя семантическую память, отражающую объем информации, использование языка и практические знания, и эпизодическую

(автобиографическую) память о лично пережитых событиях в связи с определенным местом и временем.

Память недекларативная (неявная) — память, связанная с запоминанием и воспроизведением когнитивных навыков и остающаяся в основном неизменной на протяжении всей жизни.

Память рабочая — способность сохранять и одновременно обрабатывать информацию для использования в других сложных когнитивных задачах — в рассуждении, решении проблем и понимании прочитанного.

Пирамида питания — схематическое изображение принципов здорового питания, разработанных диетологами; продукты, составляющие основание пирамиды, должны употребляться в пищу как можно чаще, а находящиеся на вершине пирамиды — следует избегать или употреблять в ограниченных количествах.

Поведенческая активация — психотерапевтическая методика, основанная на стимулировании участия человека в мотивирующей деятельности как способе снижения выраженности депрессивных симптомов.

Пренебрежение (отсутствие заботы) — необеспечение или отказ в пище, медикаментах, средствах личной гигиены или других предметах первой необходимости; состояние заброшенности (неухоженности); отказ или неспособность выполнять обязанности по уходу за пожилым человеком.

Профилактика — комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний и травм, а также на недопущение и устранение факторов риска их развития.

Профилактика когнитивных нарушений вторичная — раннее выявление заболеваний у здоровых людей с субклиническими (инкубационными) формами заболеваний, то есть до появления их выраженных признаков.

Профилактика когнитивных нарушений первичная — предотвращение возникновения заболеваний, связанных с опасностями развития когнитивных нарушений, у здорового населения.

Псевдодеменция (депрессивная псевдодеменция) — функциональное нарушение когнитивных функций, снижающее работоспособность и способность усваивать новую информацию и, как правило, вызываемое депрессией.

Психотерапия — различные системы лечебного воздействия на психику человека, направленного на избавление от эмоциональных, личностных, социальных проблем; как правило, проводится подготовленным специалистом-профессионалом посредством установления глубокого личного контакта с пожилым человеком с применением различных когнитивных, поведенческих, медикаментозных и других методик.

Расстройство интеллекта (слабоумие) — врожденное (умственная отсталость) или приобретенное (деменция) поражение интеллекта, в результате которого у человека снижается способность понимать связь между окружающими явлениями, утрачивается способность отделять главное от второстепенного, утрачивается критика к своим высказываниям и поведению.

Реминисцентная терапия — психотерапевтическая методика, основанная на припоминании и переоценке человеком своего прошлого с целью достижения чувства умиротворенности и принятия позитивного жизненного опыта.

Речь — способность обмениваться информацией с помощью высказываний в устной и письменной форме (верbalной коммуникации), включающая в себя формирование и формулирование мыслей языковыми средствами, восприятие языковых конструкций и их понимание.

Руминации механизм — склонность постоянно возвращаться к негативным мыслям, представлениям и образам.

Самодиагностика — процедура изучения личностью самой себя с использованием специальных методик (тестирования, планового самонаблюдения, рефлексии и др.); самодиагностика позволяет держать под самоконтролем состояние мышления, памяти, внимания, воображения, свою нервную систему, отношения с окружающими и т.д.

Самооценка — представление индивида о самом себе, о важности собственной личности и своей деятельности среди других людей, оценивание себя и собственных качеств и чувства, достоинств и недостатков; в качестве основного критерия оценивания выступает система ценностей индивида.

Скрининг — набор диагностических процедур, направленный на выявление заболеваний у клинически бессимптомных или у лиц, имеющих минимальные клинические проявления когнитивных нарушений.

Социальная эксклюзия — процесс исключения пожилых людей из направленной системы социальной деятельности по причине возраста.

Средиземноморская диета — тип питания, характерный для средиземноморского региона, основанный на преимущественном употреблении в пищу свежих плодов, овощей, бобов, орехов и семян и рекомендованный Всемирной организацией здравоохранения в качестве эталонного варианта здорового питания.

Стадия инициальная (ранняя) — стадия болезни Альцгеймера, при которой наблюдаются забывчивость, затруднение в определении времени, ухудшение социальной деятельности, нарушения ориентировки во времени и месте, эмоционально-личностные нарушения (эгоцентризм, бредовые расстройства).

Стадия тяжелой деменции — стадия болезни Альцгеймера, при которой происходит полный распад памяти и речи, наблюдаются лишь фрагментарные представления о собственной личности; больные нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

Стадия умеренной деменции — стадия болезни Альцгеймера, при которой нарастает амнезия; прогрессирует дезориентировка в месте и времени; грубо нарушаются функции интеллекта, а также его инструментальные функции (речь, оптико-пространственная деятельность); возникает потребность в систематическом уходе.

Старение биологическое — естественный и необратимый процесс, характеризующийся прогрессирующими возрастными изменениями метаболизма и физико-химических свойств клеток, ведущими к нарушению саморегуляции, регенерации и структурным изменениям функциональных тканей и органов.

Старение психологическое — термин, относящийся к сознанию человека и его способности адаптироваться к процессу биологического старения.

Старение социальное — изменение социального статуса и социальных ролей в связи с выходом на пенсию; отражает не только то, как человек сам воспринимает процесс собственного старения, но и каким его видит общество.

Старение человека — физиологический и динамический процесс, продолжающийся во времени.

Старости инфантилизация — модель взаимодействия с пожилым человеком, использующая способы коммуникации, характерные для общения с детьми; трактуется как форма психологического (эмоционального) насилия.

Старость — заключительный период человеческой жизни, условное начало которого связано с отходом человека от непосредственного участия в производительной жизни общества, характеризующийся новообразованиями, как и любой другой возраст.

Стресс — совокупность неспецифических адаптационных реакций организма на воздействие различных неблагоприятных физических или психологических факторов-стессоров, нарушающее его гомеостаз (динамическое равновесие), а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом).

Физическая активность — любые движения тела, производимые скелетными мышцами и требующие расхода энергии.

Центральная нервная система (ЦНС) — основная часть нервной системы человека, состоящая из нейронов, их отростков и вспомогательных

клеток. ЦНС включает в себя спинной и головной мозг; главной функцией ЦНС является осуществление простых и сложных рефлексов — специфических реакций на какое-либо воздействие или раздражение.

Шкала оценки повседневной активности (Barthel Activities of daily living Index) — функциональная диагностическая шкала, предназначенная для оценки повседневной бытовой активности пожилого человека.

Экзистенциальный кризис («кризис самопринятия») — особое психологическое состояние человека, сопровождаемое негативными эмоциями и переживаниями (страх, обида, тревога, злоба, беспомощность, горе и др.); экзистенциальный кризис является предвестником депрессии.

Я-концепция — относительно устойчивое, осознанное и зафиксированное в словесной форме представление индивида о самом себе; результат познания и самооценки через отдельные образы себя в условиях разнообразных ситуаций, а также посредством сопоставления мнений других людей и соотнесения себя с другими.

Методические материалы входят в учебно-методический комплекс
«Активное долголетие» «Школ пожилого возраста».

Методические материалы созданы авторским коллективом
Государственного бюджетного профессионального образовательного
учреждения «Свердловский областной медицинский колледж» в рамках
государственного контракта на услуги по разработке методических
материалов «Профилактика когнитивных изменений у граждан пожилого
возраста» (по направлению «Активное долголетие» «Школ пожилого
возраста») по заказу ГКУ СОН СО «Организационно-методический центр
социальной помощи» при поддержке Министерства социальной политики
Свердловской области.

2021 год