

Психологическая адаптация лиц пожилого возраста с недементными когнитивными нарушениями: копинг-поведение и компенсаторные стратегии

Гомзякова Н.А.¹, Щелкова О.Ю.^{1,2}, Залуцкая Н.М.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Цель исследования — сравнить особенности копинг-поведения и стратегий компенсации нарушений памяти у пожилых людей с объективно выявляемыми и субъективными когнитивными нарушениями. **Материалы и методы:** в поперечное исследование включено 108 человек (23,1 % мужчин; медиана возраста — 72 года). Обследование состояло из оценки когнитивных функций (краткая шкала оценки психического статуса, батарея лобных тестов, тест рисования часов, шкала памяти Векслера, Адденбрукская когнитивная шкала) и способов совладания со стрессом (опросник «Способы совладающего поведения»). Для анализа категориальных данных применялись: критерий χ^2 Пирсона (для таблиц сопряженности), точный критерий Фишера (при малых ожидаемых частотах) и z-критерий с поправкой Бонферрони для множественных попарных сравнений. Статистический анализ количественных переменных проводился с использованием непараметрических критериев при уровне значимости $p \leq 0,05$. Для оценки корреляций применялся коэффициент Спирмена.

Результаты: пациенты с объективными когнитивными нарушениями имели более низкие показатели по всем тестам и реже применяли активные, проблемно-ориентированные стратегии совладания, чем участники с субъективными жалобами. С возрастом отмечалось снижение результатов нейропсихологических проб. Более высокий уровень когнитивного функционирования положительно связан с использованием стратегий планирования и самоконтроля. Обе группы преимущественно использовали внешние средства компенсации памяти — записки, списки и организацию пространства.

Заключение: результаты исследования показывают, что при снижении когнитивных ресурсов уменьшается выраженность активных копинг-стратегий и возрастает зависимость от внешних средств компенсации. Эти закономерности отражают перестройку адаптационного поведения в позднем возрасте и могут служить основой для дальнейшего изучения психологических механизмов сохранения автономности при когнитивных нарушениях.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, умеренное когнитивное расстройство, психологическая адаптация, копинг-стратегии, компенсация.

Информация об авторах:

Гомзякова Наталья Александровна* — e-mail: astragothic@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0300-0861>

Щелкова Ольга Юрьевна — e-mail: olga.psy.pu@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>

Залуцкая Наталья Михайловна — e-mail: nzalutskaya@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5929-1437>

Как цитировать: Гомзякова Н.А., Щелкова О.Ю., Залуцкая Н.М. Психологическая адаптация лиц пожилого возраста с недементными когнитивными нарушениями: копинг-поведение и компенсаторные стратегии. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2026; 60:3:8-17. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-3-1272>.

Конфликт интересов: Щелкова О.Ю. является членом редакционной коллегии



Psychological adaptation of elderly individuals with non-dementia cognitive impairment: coping behavior and compensatory strategies

Natalia A. Gomzyakova¹, Olga Yu. Shchelkova^{1,2}, Natalia M. Zalutskaya¹

¹V.M. Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

²Saint Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

Research article

Summary. The aim of the study is to compare coping behavior patterns and memory-compensation strategies in older adults with objectively identified and subjective cognitive impairments. **Materials and methods:** the cross-sectional study included 108 participants (23.1% men; median age = 72 years). The examination consisted of an assessment of cognitive functions (Mini-Mental State Examination, Frontal Assessment Battery, Clock Drawing Test, Wechsler Memory Scale, Addenbrooke's Cognitive Examination) and stress-coping strategies (Ways of Coping Questionnaire). For the analysis of categorical data, the following methods were used: Pearson's χ^2 test (for contingency tables), Fisher's exact test (for small expected frequencies), and the z-test with Bonferroni correction for multiple pairwise comparisons. Statistical analysis of quantitative variables was performed using nonparametric tests at a significance level of $p \leq 0.05$. The Spearman correlation coefficient was applied to evaluate correlations.

Results: participants with objective cognitive impairment demonstrated lower scores on all cognitive tests and less frequent use of active, problem-oriented coping strategies compared with individuals reporting only subjective complaints. Increasing age was associated with lower neuropsychological test scores. Higher cognitive functioning correlated positively with the use of planning and self-control strategies. In both groups, external memory compensation techniques—such as notes, lists, and spatial organization—were most commonly applied. **Conclusion:** the findings indicate that a decline in cognitive resources is accompanied by reduced use of active coping strategies and greater reliance on external memory aids. These patterns reflect adaptive behavior restructuring in late life and provide a basis for further investigation of psychological mechanisms that help maintain autonomy in older adults with cognitive impairment.

Keywords: cognitive impairment, mild cognitive disorder, psychological adaptation, coping strategies, compensation.

Information about the authors:

Natalia A. Gomzyakova* — e-mail: astragothic@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0300-0861>

Olga Yu. Shchelkova — e-mail: olga.psy.pu@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>

Natalia M. Zalutskaya — e-mail: nzalutskaya@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5929-1437>

To cite this article: Gomzyakova NA, Shchelkova OYu, Zalutskaya NM. Psychological adaptation of elderly individuals with non-dementia cognitive impairment: coping behavior and compensatory strategies. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2026; 60:3:8-17. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-3-1272> (In Russ.)

Conflict of interest: Olga Yu. Shchelkova is a member of the editorial board.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на 2017 год [15], в мире насчитывается более 55 млн человек, страдающих деменцией, и ежегодно регистрируется около 10 млн новых случаев. Ожидается, что эти показатели будут неуклонно расти вследствие глобального старения населения и увеличения продолжительности жизни. Деменция рассматривается как не только медицинская, но и серьёзная социально-экономическая проблема, затрагивающая качество жизни пожилых людей и их семей, а также системы здравоохранения и социальной поддержки.

Обычно развитию клинически выраженной деменции предшествует длительный период, в течение которого когнитивные функции постепенно ухудшаются — от субъективных жалоб до объективных проявлений. В связи с этим когнитивные нарушения (КН) рассматриваются как непрерывный спектр [18, 28]. В этом континууме выделя-

ют тяжёлые КН — деменцию, а также недементные когнитивные нарушения (НКН), включающие субъективное когнитивное снижение (СКС), лёгкие («предумеренные») и умеренные нарушения [5].

По данным эпидемиологических исследований, распространённость НКН на общемедицинском приёме среди лиц старше 60 лет достигает 49,6% [4]. При этом динамика НКН не является однозначной: у части пациентов наблюдается стабилизация, тогда как у других — прогрессирование до деменции. Отсутствие чётких прогностических признаков трансформации когнитивного снижения нередко становится источником тревожной неопределённости, повышая эмоциональное напряжение и чувство уязвимости у пожилых людей.

Когда человек замечает ухудшение памяти или внимания, он, как правило, пытается самостоятельно компенсировать возникающие трудно-

сти — с помощью приёма биологически активных добавок, следования советам близких, использования внешних напоминаний или обращения за профессиональной помощью. Однако, способы психологической компенсации при недементных когнитивных нарушениях изучены недостаточно. Существуют лишь отдельные данные о том, как пожилые люди реагируют на изменение когнитивного функционирования, приспосабливаются к этому и какие личностные и социально-психологические факторы определяют успешность адаптации [13, 14].

Современные подходы к геронтопсихологическим исследованиям подчеркивают необходимость комплексного анализа психологических механизмов адаптации, включающего эмоциональные, личностные и поведенческие компоненты. В этой связи копинг-поведение рассматривается как ключевой элемент адаптационного процесса, обеспечивающий сохранение психологического равновесия в условиях снижения когнитивных возможностей. Понимание закономерностей выбора копинг-стратегий и их связи с когнитивными и личностными ресурсами имеет важное значение для разработки программ профилактики и психологической поддержки лиц с НКН.

Несмотря на значительный интерес к проблеме когнитивного старения, в отечественных работах недостаточно данных о взаимосвязи совладающего поведения, эмоциональных состояний и личностных особенностей пожилых людей с различной степенью когнитивных нарушений. Большинство исследований сосредоточено на нейропсихологическом профиле, в то время как психологические механизмы адаптации остаются малоизученными.

Цель исследования — сравнить особенности копинг-поведения и стратегий компенсации нарушений памяти у пожилых людей с объективно выявляемыми и субъективными когнитивными нарушениями.

Материалы и методы

Обсервационное поперечное исследование было проведено в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России. Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом (№ ЭК-2207). Все участники получили полную информацию о целях и процедурах исследования и предоставили письменное информированное согласие до начала интервью и обследования.

В исследование включались лица в возрасте 60 лет и старше, обратившиеся на амбулаторный приём к врачу-психиатру с жалобами на снижение памяти и других когнитивных функций, а также пациенты, направленные на консультацию родственниками. Отбор проводился при участии психиатра с учётом клинической оценки и результатов нейропсихологического обследования. В выборку включались лица, сохранявшие повседневную активность и социальную самостоятельность

при оценке по шкале клинической деменции (CDR $\leq 0,5$). Показатели по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE) варьировали от 20 до 30 баллов, что отражает диапазон от умеренных когнитивных нарушений до лёгкого когнитивного дефицита без признаков клинически выраженной деменции. Несмотря на то, что у части участников результаты MMSE были ниже традиционного порога когнитивной нормы, клиническая оценка, проведённая психиатром, подтверждала сохранность критичности и самостоятельности, что позволило отнести этих пациентов к категории недементных когнитивных нарушений и включить их в исследование.

Пациенты однократно проходили обследование, включавшее сбор социально-демографических и анамнестических данных при структурированном интервью и экспериментально-психологическое тестирование. Всего обследовано 108 человек: мужчин — 23,1 % ($n = 25$), женщин — 76,9 % ($n = 83$). Высшее образование имели 71,3 % ($n = 77$) участников. Медиана возраста составила 72 года [67—78,25]. Большинство респондентов (94,4 %, $n = 102$) указали, что первые жалобы на снижение когнитивных функций появились в среднем в 69 лет [62—76], 5,6 % ($n = 6$) затруднились назвать возраст дебюта. Нарушения кратковременной памяти отмечали 72,2 % ($n = 78$), трудности воспроизведения долговременных сведений — 15,7 % ($n = 17$).

Для оценки когнитивной сферы использовались следующие нейропсихологические методики: Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE) [11], Батарея лобных тестов (Frontal Assessment Battery, FAB) [9], Адденбрукская когнитивная шкала (Addenbrooke's Cognitive Examination, ACE-III) [16], Тест рисования часов (Clock Drawing Test, CDT) [25], Шкала памяти Векслера (Wechsler Memory Scale, WMS) [38]. В WMS доступен расчет абсолютного показателя (АП), который складывается из суммы баллов субтестов (без возрастной коррекции) и оценка состояния мнестической деятельности расчетом эквивалентного интеллекту показателя памяти (ЭИПП). Анализ стратегий преодоления стресса: опросник способов совладающего поведения (Ways of Coping Questionnaire, WCQ) [1, 10].

Математико-статистическая обработка данных выполнялась в программе IBM SPSS Statistics (версия 26.0). В качестве мер центральной тенденции использовались медиана и межквартильный размах — Md [Q1–Q3]. Категориальные переменные описывались процентными долями с приведением абсолютных чисел (% (n)). Нормальность распределения проверялась критерием Шапиро–Уилка. В связи с отклонением большинства распределений от нормального использовались непараметрические методы. Для анализа категориальных данных применялись: критерий χ^2 Пирсона (для таблиц сопряжённости), точный критерий Фишера (при малых ожидаемых частотах) и z-критерий с поправкой Бонферрони для множественных попарных сравнений. Для сравнения количественных

Таблица 1. Результаты оценки когнитивной сферы
Table 1. Cognitive assessment results

	Медиана и межквартильный размах, Md [Q1-Q3]			
Показатели	Группа 1 (n=68)	Группа 2 (n=40)	U	Уровень значимости
MMSE, баллов	25 [24-27]	29 [28-30]	2534,000	0,000**
FAB, баллов	15 [13,25-16]	17 [17-18]	2356,000	0,000**
CDT, баллов	9 [7,25-10]	10 [9-10]	1882,000	0,000**
ACE-III, баллов	78,5 [69-84]	91,5 [90-96]	2514,500	0,000**
WMS АП, баллов	48 [41-54]	64 [57,25-70]	2552,000	0,000**
WMS (ЭИПП), баллов	105 [92,5-114]	137 [122,5-143]	2517,000	0,000**

Примечание: ** $p < 0,01$. Note: ** $p < 0,01$.

показателей использовался U-критерий Манна-Уитни. Анализ корреляционных связей проводился посредством расчёта коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Уровень статистической значимости во всех тестах принимался равным $p \leq 0,05$.

Результаты

Клинические и социально-демографические характеристики.

Для анализа различий по когнитивным и поведенческим характеристикам выборка была разделена на две группы. В группу 1 ($n = 68$) вошли лица с объективно выявляемыми нарушениями когнитивных функций, а в группу 2 ($n = 40$) — лица с субъективными когнитивными жалобами при нормативных результатах по тестам.

В табл. 1 представлены результаты нейропсихологических шкал и тестов сравниваемых групп.

Как показано в Табл.1, группы достоверно различались по показателям когнитивного функционирования. В группе 1 когнитивный статус пациентов соответствовал умеренным когнитивным нарушениям (MMSE в диапазоне 24–27 баллов при норме ≥ 28), умеренной лобной дисфункции по FAB (при норме ≥ 16 баллов). Также по WMS (ЭИПП) выявляются легкие нарушения мнестической деятельности (норма от 110 баллов [2]) и снижение когнитивных функций по методике ACE-III (норма от 88 баллов) [3]. В группе 2 показатели соответствуют нормативным значениям.

Социально-демографические и клинические характеристики выборки представлены в Табл.2.

Как показано в Табл.2, пациенты с СКС (группа 2) были достоверно моложе, чем пациенты с УКР (группа 1). Пациенты с УКР заметили у себя нарушения когнитивных функций в более позднем возрасте, а пациенты с СКС в более раннем. Первые обратились за консультацией в среднем через 3 года после появления жалоб, а вторые — через 1 год. Пациенты с СКС чаще отмечали лёгкое снижение памяти, не влияющее на повседневную активность, тогда как у пациентов

с УКР подобные жалобы встречались редко. В группе 2 преимущественно наблюдались жалобы на забывчивость либо отсутствие очерченных жалоб, и они обратились за консультацией с целью профилактики. Пациенты из группы 1 при опросе достоверно чаще жаловались на проблемы с долговременной памятью, например, что не помнят некоторые важные даты из своей биографии или даты рождения близких. Также пациенты группы 1 высказывали жалобы, что испытывают затруднения в ориентировке в текущем времени и месте, замечают за собой снижение или утрату интересов к окружающему и хобби.

Показатель возраста и возраста дебюта признаков снижения когнитивных функций отрицательно коррелируют с результатами нейропсихологических тестов. Статистически значимые корреляционные связи прослеживаются в выборке между возрастом и FAB ($\rho = -0,351$; $p = 0,000$), CDT ($\rho = -0,317$; $p = 0,001$), ACE-III ($\rho = -0,318$; $p = 0,001$), WMS ЭИПП ($\rho = -0,191$; $p = 0,048$), WMS АП ($\rho = -0,412$; $p = 0,000$).

Стратегии компенсации нарушений памяти и копинг-поведение. Пациентов спрашивали о том какими способами они пользуются, чтобы помочь себе запомнить или вспомнить нужную информацию. Между группами не выявлено различий по частоте использования стратегий запоминания и воспроизведения информации ($p > 0,05$). 62 % ($n = 67$) пациентов сообщали, что зачастую спонтанно вспоминают информацию, через некоторое время. Внешние стратегии компенсации расстройств памяти: наиболее распространёнными были неструктурированные записи на листочках (50 %, $n = 54$) и ведение списков покупок (52,7 %, $n = 57$). К планомерной и структурированной записи прибегают 38 % ($n = 41$) пациентов. В качестве «ближайших помощников» 20,4 % ($n = 22$) людей используют умные устройства (заметки на смартфонах, электронные календари с напоминанием). 45,3 % ($n = 49$) пациентов стараются организовать в своем доме порядок для оптимизации поиска вещей. Такие способы, как использование меток на руке или вещах для запоминания в целом имеют

Таблица 2. Основные социально-демографические и клинические характеристики пациентов сравниваемых групп**Table 2. Key sociodemographic and clinical characteristics of the compared patient groups**

Показатель	Группа 1 (n=68)	Группа 2 (n=40)	Уровень значимости
Пол			
Мужчины, % (n)	25,4 % (18)	17,5 % (7)	0,349 f
Женщины, % (n)	74,6 % (50)	82,5 % (33)	
Возраст, лет	74 [70-80]	67 [65,25-72,75]	U = 842 p = 0,001 u
Возраст дебюта КН, лет	71 [64-78]	66 [60-72]	U = 778,5, p = 0,005 u
Высшее образование			
да, % (n)	70,6 % (48)	72,5 % (29)	1,000 f
нет, % (n)	29,4 % (20)	27,5 % (11)	
Трудовой статус			
Работает, % (n)	14,7 % (10)	22,5 % (9)	0,310 f
Не работает, % (n)	85,3 % (58)	77,5 % (31)	
Семейное положение			
В браке, % (n)	42,6 % (29)	60 % (24)	0,111 f
Не в браке, % (n)	57,4 % (39)	40 % (16)	
Установлена инвалидность			
да, % (n)	33,8 % (23)	25 % (10)	0,392 f
нет, % (n)	66,2 % (45)	75 % (30)	
Отягощенная наследственность по деменциям в анамнезе			
да, % (n)	26,5 % (18)	32,5 % (13)	0,517 f
нет, % (n)	73,5 % (50)	67,5 % (27)	
Гипертоническая болезнь в анамнезе			
да, % (n)	69,1 % (47)	75 % (30)	0,660 f
нет, % (n)	30,9 % (21)	25 % (10)	
Цереброваскулярные нарушения в анамнезе			
да, % (n)	22,1 % (15)	15 % (6)	0,455 f
нет, % (n)	77,9 % (53)	85 % (34)	
Аффективное расстройство в анамнезе			
да, % (n)	27,9 % (19)	32,5 % (13)	0,666 f
нет, % (n)	72,1 % (49)	67,5 % (27)	
Основные жалобы, послужившие причиной обращения			
Отсутствие очерченных жалоб	1,5 % (1 a)	10 % (4 b)	$\chi^2 = 19,848$ df = 6 p = 0,003 x
Забывчивость	52,9 % (36 a)	77,5 % (31 b)	
Минимальные затруднения в повседневной жизни	52,5 % (17 a)	0 % (0 b)	
Аффективные нарушения	11,8 % (8 a)	5 % (2 a)	
Нарушения сна	1,5 % (1 a)	2,5 % (1 a)	
Неврологические жалобы	2,9 % (2 a)	5 % (2 a)	
Соматические жалобы	4,4 % (3 a)	0 % (0 a)	
Жалобы на снижение долговременной памяти			
да, % (n)	22,1 % (15)	5 % (2)	0,027 f
нет, % (n)	77,9 % (53)	95 % (38)	
Жалобы на нарушение ориентации в текущем месте			

да, % (n)	19,1 % (13)	0	0,002 f
нет, % (n)	80,9 % (55)	100% (40)	
Жалобы на нарушение ориентации во времени			
да, % (n)	22,1 % (15)	0	0,001 f
нет, % (n)	77,9 % (53)	100% (40)	
Жалобы на сужение круга интересов			
да, % (n)	52,9 % (36)	22,5 % (9)	0,002 f
нет, % (n)	47,1 % (32)	77,5 % (31)	

Примечание: f — p значение рассчитано с помощью двустороннего точного критерия Фишера; u — p значение рассчитано с помощью критерия Манна-Уитни; df — степени свободы; χ^2 — p значение рассчитано с помощью χ^2 Пирсона, сравнение пропорций столбцов с поправкой Бонферрони представлены в символической нотации (фиксируются различия на уровне $p \leq 0,05$).

Note: f — p value calculated using two-tailed Fisher's exact test; u — p value calculated using Mann-Whitney test; df — degrees of freedom; χ^2 — p value calculated using Pearson's χ^2 test; comparison of column proportions with Bonferroni correction are presented in symbolic notation (differences are fixed at $p \leq 0.05$).

невысокую эффективность и упоминались в 5,5 % (n = 6) случаях. Поведенческие стратегии компенсации расстройств памяти: с просьбой напомнить о чем-либо к близким обращаются 19,4 % (n = 21). О прохождении маршрута и возвращении к исходной точке при поиске вещей сообщили 13,8 % (n = 15) людей. Внутренние стратегии компенсации расстройств памяти: к ассоциативному запоминанию и визуализации прибегает 25 % (n = 27) пациентов, а к целенаправленному запоминанию и заучиванию информации 7,4 % (n = 8).

Оценка способов совладания со стрессом показала, что значения медиан показателей в выборке не выходят за рамки нормы (40—60 баллов). При сравнении групп пациентов с УКР и лиц с СКС, выявляются статистически значимые различия ($U = 1698$, $p = 0,031$) только по использованию конфронтационного копинга. В группе пациентов с СКС отмечается более выраженное использование данной стратегии (Md = 46, Q1—Q3 = 36—50), чем в группе пациентов с УКР (Md = 40, Q1—Q3 = 33—46).

Исследование выявило взаимосвязь между результатами нейропсихологических тестов и использованием копинг-стратегий. Чем выше были показатели тестов, тем активнее применялись копинг-стратегии, и наоборот. Проблемно-ориентированная стратегия «Планирования решения проблем» положительно коррелировала с баллами всех нейропсихологических шкал: MMSE ($\rho = 0,252$; $p = 0,009$), FAB ($\rho = 0,267$; $p = 0,005$), CDT ($\rho = 0,245$; $p = 0,010$), WMS (ЭИПП) ($\rho = 0,290$; $p = 0,002$), ACE-III ($\rho = 0,324$; $p = 0,001$). Конфронтационный копинг был взаимосвязан с FAB ($\rho = 0,213$; $p = 0,027$), и WMS (ЭИПП) ($\rho = 0,213$; $p = 0,027$). Эмоционально-ориентированная стратегия «Самоконтроль» положительно коррелирует с баллами всех нейропсихологических шкал: MMSE ($\rho = 0,241$; $p = 0,012$), FAB ($\rho = 0,276$; $p = 0,004$), CDT ($\rho = 0,314$; $p = 0,001$), WMS (ЭИПП) ($\rho = 0,288$; $p = 0,003$), ACE-III ($\rho = 0,270$; $p = 0,005$).

Обсуждение результатов. Рост распространенности когнитивных нарушений и деменции является одной из ключевых проблем современ-

ного здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире насчитывается свыше 55 млн человек, страдающих деменцией, и ежегодно регистрируется около 10 млн новых случаев [15]. Эти тенденции, обусловленные старением населения, подчёркивают необходимость изучения недементных когнитивных нарушений (НКН) как доклинических форм когнитивного снижения и поиска факторов, определяющих адаптацию пожилых людей к возникающим когнитивным изменениям.

Социально-демографические и клинические характеристики

С возрастом когнитивное функционирование закономерно изменяется, и многие пожилые люди отмечают ухудшение памяти, внимания и других познавательных функций, что становится поводом для обращения за консультацией. Согласно данным US Preventive Services Task Force, около 40–50 % лиц старше 65 лет сообщают о когнитивных жалобах [37]. Эти субъективные проявления часто сочетаются с сужением круга интересов и лёгкими затруднениями в повседневных делах, что характерно для ранних стадий когнитивного снижения [29].

В настоящем исследовании отмечено, что пациенты с СКС обращались за медицинской помощью значительно раньше, чем лица с УКР. Более позднее обращение пациентов с УКР может отражать различия в осознании собственного состояния и уровне беспокойности когнитивными изменениями. Согласно литературным данным, подобная тенденция нередко связывается с феноменом анозоидиформы — снижением эмоциональной вовлечённости и беспокойства по поводу имеющихся нарушений [23]. Кроме того, снижение способности к адекватной самооценке когнитивных изменений и затруднения перестройки образа «Я» в соответствии с новыми обстоятельствами описываются как компоненты анозоидии при болезни Альцгеймера [35]. Можно предположить, что аналогичные механизмы, пусть и в менее выраженной форме, могут проявляться уже на стадии НКН и способствовать отсроченному

обращению за помощью и снижению эффективности адаптационных процессов.

Результаты проведённого исследования подтвердили наличие различий между группами и продемонстрировали отрицательную взаимосвязь когнитивных показателей с возрастом. Согласно данным литературы, возраст относится к немодифицируемым факторам риска когнитивного снижения [21]. Распространённость УКР возрастает с увеличением возраста: в группе 60–64 лет она составляет около 6,7 %, а в возрасте 80–84 лет достигает 25,2 % [29].

Несмотря на то что биологическое старение остаётся немодифицируемым процессом, когнитивное снижение имеет многофакторную природу, что подчёркивают данные Lancet Commission и Всемирной организации здравоохранения [22, 30]. Эти документы указывают на значимость модифицируемых факторов — уровня образования, физической активности, социальной вовлечённости, эмоционального благополучия и качества сна — в профилактике когнитивного снижения. В связи с этим особое внимание в геронтопсихологии уделяется концепции «здорового» или «успешного» старения, подразумевающей активное использование когнитивных, эмоциональных и социальных ресурсов как условий сохранения адаптации в позднем возрасте [24, 33].

Копинг-поведение и компенсаторные стратегии. Результаты проведённого исследования показывают, что характер совладающего поведения тесно связан с уровнем когнитивного функционирования. У лиц с более высокими когнитивными показателями чаще использовались проблемно-ориентированные и эмоционально-регулирующие стратегии, такие как «планирование решения проблем» и «самоконтроль». При снижении когнитивных ресурсов наблюдалась редукция активных способов совладания, что согласуется с данными о зависимости адаптивного поведения от доступных когнитивных и метакогнитивных ресурсов. При этом различия между группами выявлены только по конфронтационному копингу: пациенты с СКС чаще демонстрировали активное преодоление трудностей и поиск решений, тогда как лица с УКР проявляли меньшую выраженность этой стратегии.

Полученные результаты могут рассматриваться в контексте адаптационных механизмов позднего онтогенеза. Более активное использование проблемно-ориентированных и эмоционально-регулирующих стратегий у лиц с субъективными когнитивными жалобами отражает сохранность личностных ресурсов и метакогнитивной осведомлённости, что способствует поддержанию чувства контроля над ситуацией. Напротив, снижение инициативности и ориентация на внешние источники поддержки у пациентов с объективными нарушениями могут указывать на постепенный переход от саморегуляции к внешней регуляции поведения, отражающий компенсаторный характер адаптации в условиях когнитивного дефицита.

Компенсаторно-приспособительное поведение, направленное на преодоление нарушений памяти, не различалось между группами: большинство

участников использовали внешние средства фиксации информации — заметки, календари, списки, визуальные подсказки и организацию порядка в пространстве. Эти данные соответствуют результатам систематического обзора [31], согласно которому внешние стратегии компенсации являются наиболее распространёнными и эффективными способами адаптации у пожилых людей с разным уровнем когнитивных нарушений. Внутренние стратегии — ассоциативное запоминание, визуализация, вербализация, систематизация информации — применяются значительно реже, поскольку требуют большей когнитивной нагрузки и способности к произвольному контролю внимания [31]. Выбор копинг- и компенсаторных стратегий, вероятно, определяется доступным уровнем когнитивных ресурсов. С прогрессированием когнитивного снижения способность формировать и удерживать новые воспоминания постепенно уменьшается [6, 8, 19, 34]. Это может ограничивать использование внутренних стратегий памяти, требующих когнитивного контроля и саморефлексии. Различия в интенсивности копинг-поведения могут быть связаны с уровнем метакогнитивной осведомлённости. Снижение способности осознавать собственные когнитивные изменения, описываемое как элемент анозогнозии или анозодиафории, ограничивает инициативу и готовность применять активные стратегии совладания, снижая эффективность адаптивного поведения [35].

Наблюдаемая в настоящем исследовании тенденция к более активному использованию копинг-стратегий у пациентов с СКС и снижению их выраженности при УКР согласуется с результатами качественных исследований. Пациенты с лёгкими когнитивными нарушениями описывают стремление искать информацию о своём состоянии, адаптировать повседневные привычки и участвовать в терапевтических мероприятиях, что отражает сохранность инициативности и саморефлексии [7]. Важно отметить, что пациенты с СКС в нашем исследовании обращались за медицинской помощью раньше, чем участники с УКР. Для последних характерна тенденция к снижению активности в преодолении трудностей, хотя существенных различий в компенсаторных стратегиях, направленных на преодоление нарушений памяти, выявлено не было. Возможно, это связано с тем, что конфронтационный копинг требует значительных когнитивных усилий, а при снижении когнитивных ресурсов люди могут предпочитать менее энергетозатратные формы совладания — например, «нормализацию» забывчивости и переоценку возникающих трудностей как возрастных изменений. Подобные механизмы описаны в зарубежных исследованиях, где пациенты с когнитивными нарушениями и деменцией нередко демонстрируют тенденцию к снижению активности и попытки переосмыслить забывчивость как естественный процесс старения [7, 12, 17, 20, 26, 27, 32, 36].

Заключение. Проведённое исследование показало, что особенности совладающего поведения

и стратегий компенсации нарушений памяти у пожилых людей связаны с уровнем когнитивного функционирования. Пациенты с субъективными когнитивными жалобами чаще применяли активные, проблемно-ориентированные стратегии, тогда как лица с объективно подтвержденными нарушениями демонстрировали менее выраженный уровень их использования. При этом в обеих группах преобладали внешние способы компенса-

ции памяти — записки, напоминания и организация повседневного пространства.

Полученные данные отражают особенности адаптационного поведения на ранних этапах когнитивного снижения и создают основу для дальнейшего анализа личностных и эмоциональных факторов, влияющих на психосоциальную адаптацию в пожилом возрасте.

Литература / References

1. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. *Совладание со стрессом: теория и психодиагностика*. СПб.: Речь; 2010. Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. *Sovladanie so stressom: teoriya i psihodiagnostika*. SPb.: Rech'; 2010. (In Russ.).
2. Войтенко Р.М., Саковская В.Г., Филиппова М.П. *Изменения психических процессов и методы их исследования. Значение в медико-социальной экспертизе: учебно-методическое пособие*. СПб.: Айсинг; 2012. Vojtenko R.M., Sakovskaya V.G., Filippova M.P. *Izmeneniya psihicheskikh processov i metody ih issledovaniya. Znachenie v mediko-social'noj ekspertize: uchebno-metodicheskoe posobie*. SPb.: Ajsing; 2012. (In Russ.).
3. Левин О.С., Лавров А.Ю., Ляшенко Е.А., и др. *Валидизация русскоязычной версии модифицированной Адденбрукской когнитивной шкалы для диагностики болезни Альцгеймера. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2015;115(6-2):36–39. doi:10.17116/jnevro20151156236-39 Levin OS, Lavrov AYu, Liashenko EA, et al. *Validation of the Russian version of the modified Addenbrooke's Cognitive Examination for Alzheimer's disease diagnosis. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. Specvypuski*. 2015;115(6-2):36–39. https://doi.org/10.17116/jnevro20151156236-39 (In Russ.).
4. Чердак М.А., Мхитарян Э.А., Шарашикина Н.В., Остапенко В.С., Исаев Р.И., Сейфединова А.Б., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Ткачева О.Н., Яхно Н.Н. *Распространенность когнитивных расстройств у пациентов старшего возраста в Российской Федерации. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(4 вып. 2):5–11. Cherdak MA, Mkhitaryan EA, Sharashkina NV, et al. *Rasprostranennost' kognitivnykh rasstroystv u patsientov starshego vozrasta v Rossiyskoy Federatsii. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2024;124(4 suppl 2):5–11. https://doi.org/10.17116/jnevro20241240425 (In Russ.).
5. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А., Гришина Д.А., Локишина А.Б., Савушкина И.Ю., Посохов С.И. *«Предумеренные» (субъективные и легкие) когнитивные расстройства. Неврологический журнал*. 2017;22(4):198–204. Yakhno NN, Zakharov VV, Koberskaya NN, et al. *Premild (Subjective And Subtle) Cognitive Disorders. Nevrologicheskii zhurnal*. 2017;22(4):198–204. https://doi.org/10.18821/1560-9545-2017-22-4-198-204. (In Russ.).
6. Babcock KR, Page JS, Fallon JR, Webb AE. *Adult hippocampal neurogenesis in aging and Alzheimer's disease. Stem Cell Reports*. 2021;16(4):681–693. https://doi.org/10.1016/j.stemcr.2021.01.019
7. Berg AI, Wallin A, Nordlund A, Johansson B. *Living with stable MCI: experiences among 17 individuals evaluated at a memory clinic. Aging & Mental Health*. 2013;17(3):293–299. https://doi.org/10.1080/13607863.2012.751582
8. Brockdorf Y, Morley JE. *Editorial: nutrition and dementia. Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2021;25(5):590–592. https://doi.org/10.1007/s12603-021-1614-6
9. Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. *The FAB: a frontal assessment battery at bedside. Neurology*. 2000;55(11):1621–1626. https://doi.org/10.1212/WNL.55.11.1621
10. Folkman S., Lazarus R.S. *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Menlo Park, CA: Mind Garden; 1988.
11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. *«Mini-mental state»: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research*. 1975;12(3):189–198. https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6
12. Frazer SM, Oyebode JR, Cleary A. *How older women who live alone with dementia make sense of their experiences: an interpretative phenomenological analysis. Dementia*. 2012;11(5):677–693. https://doi.org/10.1177/1471301211419018
13. Gibson A, Bardach SH, Jicha GA. *Identifying adaptive and maladaptive behaviors following a diagnosis of mild cognitive impairment. Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 2020;34(3):262–266. https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000379
14. Gilhooly KJ, Gilhooly ML, Sullivan MP, et al. *A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. BMC Geriatrics*. 2016;16:106. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0280-8
15. *Global status report on the public health response to dementia [who.int]*. WHO; 2021 [cited 11 November 2025].

- Available at: <https://www.who.int/publications/item/9789240033245>
16. Hodges JR, Larner AJ. Addenbrooke's Cognitive Examinations: ACE, ACE-R, ACE-III, ACEapp, and M-ACE. In: Larner A.J., ed. *Cognitive Screening Instruments*. Cham: Springer; 2017. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44775-9_6
 17. Imhof L, Wallhagen MI, Mahrer-Imhof R, Monsch AU. Becoming forgetful: how elderly people deal with forgetfulness in everyday life. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 2006;21(5):347–353. <https://doi.org/10.1177/1533317506292499>
 18. Wilson RS, Evans DA, Bienias JL, Mendes de Leon CF, Schneider JA, Bennett DA. Proneness to psychological distress is associated with risk of Alzheimer's disease. *Neurology*. 2003;61(11):1479–1485. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000096167.56734.59>
 19. Jiménez-Balado J, Eich TS. GABAergic dysfunction, neural network hyperactivity and memory impairments in human aging and Alzheimer's disease. *Seminars in Cell & Developmental Biology*. 2021;116:146–159. <https://doi.org/10.1016/j.semcdb.2021.01.005>
 20. Joosten-Weyn Banningh L, Vernooij-Dassen M, Rikkert MO, Teunisse JP. Mild cognitive impairment: coping with an uncertain label. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008;23(2):148–154. <https://doi.org/10.1002/gps.1855>
 21. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396(10248):413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
 22. Livingston G, Huntley J, Liu KY, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet Standing Commission. *Lancet*. 2024;404(10452):572–628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)
 23. Lindau M, Björk R. Anosognosia and anosodiaphoria in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*. 2014;4(3):465–480. <https://doi.org/10.1159/000369132>
 24. Michel JP, Sadana R. «Healthy aging» concepts and measures. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2017;18(6):460–464. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.03.008>
 25. Nishiwaki Y, Breeze E, Smeeth L, Bulpitt CJ, Peters R, Fletcher AE. Validity of the Clock-Drawing Test as a screening tool for cognitive impairment in the elderly. *American Journal of Epidemiology*. 2004;160(8):797–807. <https://doi.org/10.1093/aje/kwh288>
 26. Nygård L, Öhman A. Managing changes in everyday occupations: the experience of persons with Alzheimer's disease. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2002;22(2):70–81. <https://doi.org/10.1177/153944920202200204>
 27. Nygård L, Starkhammar S. Telephone use among noninstitutionalized persons with dementia living alone: mapping out difficulties and response strategies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003;17(3):239–249. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00177.x>
 28. Petersen RC. Mild cognitive impairment. *Continuum (Minneapolis)*. 2016;22(2 Dementia):404–418. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000313>
 29. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, et al. Practice guideline update summary: mild cognitive impairment [RETIRED]: report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2018;90(3):126–135. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004826>
 30. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines [ncbi.nlm.nih.gov]. ncbi.nlm.nih.gov; 20192 [cited 11 November 2025]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542796/>
 31. Ross SD, Hofbauer LM, Rodriguez FS. Coping strategies for memory problems in everyday life of people with cognitive impairment and older adults: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2022;37(5):e5701. <https://doi.org/10.1002/gps.5701>
 32. Rotenberg S, Sternberg S, Maeir A. Where did I put my glasses? The lived experience of older adults seeking medical help for perceived memory problems. *Disability and Rehabilitation*. 2020;42(25):3606–3613. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1602849>
 33. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science*. 1987;237(4811):143–149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>
 34. Rosenzweig ES, Barnes CA. Impact of aging on hippocampal function: plasticity, network dynamics, and cognition. *Progress in Neurobiology*. 2003;69(3):143–179. [https://doi.org/10.1016/S0301-0082\(02\)00126-0](https://doi.org/10.1016/S0301-0082(02)00126-0)
 35. Souhaya C. Metamemory in Alzheimer's disease. *Cortex*. 2007;43(7):987–1003. [https://doi.org/10.1016/S0010-9452\(08\)70696-8](https://doi.org/10.1016/S0010-9452(08)70696-8)
 36. Stockwell-Smith G, Moyle W, Kellett U. The impact of early-stage dementia on community-dwelling care recipient/carer dyads' capacity to self-manage. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28(3–4):629–640. <https://doi.org/10.1111/jocn.14657>
 37. US Preventive Services Task Force, Owens D.K., Davidson K.W., et al. Screening for cognitive impairment in older adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2020;323(8):757–763. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.0435>
 38. Wechsler D. *The Wechsler Memory Scale-Revised*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1987.

Сведения об авторах

Гомзякова Наталья Александровна — младший научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: astragothic@gmail.com

Щелкова Ольга Юрьевна — доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой медицинской психологии и психофизиологии, Санкт Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ); старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: Olga.psy.pu@mail.ru

Залуцкая Наталья Михайловна — кандидат медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: nzalutskaya@yandex.ru

Поступила 19.12.2025

Received 19.12.2025

Принята в печать 09.04.2026

Accepted 09.04.2026

Дата публикации 30.06.2026

Date of publication 30.06.2026