

Зарудная Е.А., Балашова Е.Ю. Вербальная память в позднем онтогенезе: нормальное старение и депрессии позднего возраста



ЗАРУДНАЯ Е.А., БАЛАШОВА Е.Ю. ВЕРБАЛЬНАЯ ПАМЯТЬ В ПОЗДНЕМ ОНТОГЕНЕЗЕ: НОРМАЛЬНОЕ СТАРЕНИЕ И ДЕПРЕССИИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

English version: [Zarudnaya E.A., Balashova E. Yu. Verbal memory in late ontogenesis: normal aging and late-age depression](#)

Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Москва, Россия
Психологический институт Российской академии образования, Москва, Россия
Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

[Сведения об авторах](#)
[Литература](#)
[Ссылка для цитирования](#)

Авторы статьи анализируют особенности вербальной памяти при депрессиях позднего возраста и при нормальном старении. В связи с увеличением в последние десятилетия частоты возникновения в позднем возрасте аффективных расстройств депрессивного спектра внимание специалистов все больше привлекает анализ психических процессов больных. Одной из уязвимых составляющих когнитивной сферы при поздних депрессиях является память. Задачей данного исследования была оценка вербальной памяти у больных депрессиями и психически здоровых лиц позднего возраста. Была обследована группа больных депрессиями (F.31, F.32, F.33 по МКБ-10) из 197 человек (возраст 68 ± 13 лет), находившихся на стационарном лечении в клинике ФГБНУ «НЦПЗ»; а также 100 психически здоровых лиц (возраст $64 \pm 8,3$ года). Контрольная и клиническая группы были сопоставимы по основным социально-демографическим показателям. Интерпретировались результаты двух методик: 1) заучивания и отсроченного воспроизведения 5 слов, предъявляемых на слух; 2) называния 5 острых предметов. В первой методике оценивались: объем непосредственного воспроизведения (НВ); количество предъявлений материала; объем отсроченного воспроизведения (ОВ), частота встречаемости различных типов ошибок. Во второй методике оценивались: частота ошибок, пауз и случаев, когда респондентам требовалась дополнительная вербальная стимуляция и/или уточнение семантического поля. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS Statistics и Microsoft Office Excel 2007. Результаты показали, что больные депрессиями хуже справлялись с предложенными заданиями, чем психически здоровые лица. При заучивании 5 слов у них были ниже показатели НВ и ОВ; им, как правило, требовалось больше предъявлений материала для заучивания. Негативная возрастная динамика показателей слухоречевой памяти была более отчетливо выражена при депрессиях. При назывании 5 острых предметов больные депрессиями чаще делали паузы; чаще нуждались в вербальной стимуляции со стороны психолога или подсказке семантического поля.

Ключевые слова: вербальная память, нормальное старение, депрессии позднего возраста, нейропсихология

Введение

В последние десятилетия в связи с неуклонным ростом количества пожилых людей в популяции, а также вследствие увеличения частоты возникновения в позднем возрасте аффективных расстройств депрессивного спектра, внимание ученых все больше привлекают различные изменения когнитивного функционирования при нормальном старении и поздних депрессиях [Балашова и др., 2011; Ряховский, 2011]. В многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях были замечены изменения в восприятии времени, регуляторных процессах, внимании и мышлении. Одной из наиболее уязвимых функций при депрессиях позднего возраста, по мнению психологов, является память [Концевой, 1999; Балашова и др., 2003; Балашова, 2016]. Разумеется, изменения памяти при поздних депрессиях не достигают такой степени выраженности, как при деменциях. Тем не менее нейropsychологическое обследование часто выявляет у депрессивных пациентов проявления повышенной тормозимости следов интерферирующими воздействиями, дефицит мотивационного обеспечения мнестической деятельности, снижение произвольного запоминания и пространственной памяти [Балашова и др., 2003; Балашова, 2016]. Эти изменения явно имеют сложную детерминацию и связаны как с действием мозговых механизмов, так и с эмоциональным статусом больных депрессиями.

Представляет интерес и вопрос о том, насколько изменения памяти при депрессиях отличаются от изменений, наблюдаемых при нормальном (физиологическом) старении. Ответ на него осложняется тем, что состояние памяти в позднем онтогенезе (как и ряда других психических функций) характеризуется значительными индивидуальными различиями. Эти различия определяются действием целого комплекса факторов: прошлого опыта, состоянием психического и соматического здоровья, эмоциональной сферы, особенностями памяти в молодом возрасте, сформированностью компенсаторных и опосредующих стратегий запоминания и припоминания.

У пожилых людей, которые занимались в течение жизни интеллектуальным трудом (и продолжают заниматься им), многие компоненты памяти, особенно связанные с профессиональной деятельностью, остаются на высоком уровне [Истомина и др., 1967; Корсакова, Балашова, 2007]. Однако если говорить о нормальном старении в целом, среди наиболее частых изменений памяти можно наблюдать замедление скорости переработки информации, некоторое снижение объема текущего запоминания, незначительное повышение тормозимости следов интерферирующими воздействиями и снижение их помехоустойчивости, сложности овладения новыми навыками и т.д. [Корсакова, Рощина, 2009].

К сожалению, большинство исследований мнестической сферы при старении выполнены на относительно небольших выборках больных и/или здоровых лиц. Поэтому одной из задач, поставленных авторами, было проведение исследования на более объемных выборках больных поздними депрессиями и здоровых лиц соответствующего возраста. Еще одной задачей исследования являлось уточнение представлений о факторах, связанных с изменениями показателей вербальной памяти в норме и у больных депрессиями.

Материалы и методы

Выборка

В исследовании добровольно приняли участие 297 человек в возрасте от 50 лет и старше, которые были поделены на 2 группы: 100 психически здоровых лиц (контрольная группа) и 197 больных депрессиями (клиническая группа). Средний возраст контрольной группы составил $64 \pm 8,3$ года, клинической группы – 68 ± 13 лет.

В группе здоровых лиц было 41% мужчин и 59% женщин; 60% имели высшее образование, 40% – среднее или среднее специальное; 67% были пенсионерами, 33% продолжали работать. По мануальной доминантности в контрольной группе было 95% правшей, 3% левшей и 2% амбидекстров. Для анализа возрастной динамики показателей вербальной памяти участники контрольной группы были разбиты на следующие подгруппы: 50–59 лет (36 человек), 60–69 лет (12 человек), 70–79 лет (31 человек), 80 лет и старше (21 человек).

Клиническая группа включала больных депрессивными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в ФГНУ «Научный центр психического здоровья» (обследования пациентов проводились Е.Ю.Балашовой и Л.И.Микеладзе в период 1997–2017 гг.). Больные были разбиты на подгруппы по аналогии с контрольной группой. В клинической группе было 59% женщин и 41% мужчин; 63% больных имели высшее образование, 37% – среднее или среднее специальное; 76% – пенсионеры, продолжали работать – 24% больных. 90% пациентов были правшами, 4% – левшами и 6% – амбидекстрами. Всем пациентам проводилось комплексное нейропсихологическое обследование.

У пациентов клинической группы были следующие диагнозы: рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) (F33) – 93 человека; биполярное аффективное расстройство (БАР) (F31) – 46 человек; депрессивный эпизод (ДЭ) (F32) – 24 человека. Кроме того, была выделена отдельно подгруппа больных с другими видами депрессии – 34 человека.

Больные также были поделены на подгруппы сравнения по данным МРТ-сканирования: внешняя и/или внутренняя гидроцефалия отмечалась у 73 больных, отдельные мелкие очаги сосудистого генеза – у 8 больных; сочетание сосудистых очагов и гидроцефалии у 65 больных; у 8 больных не было выявлено патологии.

На основании заключений нейропсихолога были выделены следующие подгруппы сравнения: больные с дисфункцией подкорковых образований (100 человек); больные с дисфункцией подкорковых образований и задних отделов мозга (13 человек); больные с дисфункцией подкорковых образований и передних отделов мозга (47 человек); больные с дисфункцией подкорковых образований, задних и передних отделов мозга (35 человек). Нейропсихологическое обследование не выявило патологии высших психических функций у 2 человек.

Методы

Анализ состояния вербальной памяти проводился по результатам двух методик, которые широко применяются в российской нейропсихологической диагностике: 1) заучивание и отсроченное воспроизведение 5 слов при слуховом предъявлении; 2) называние 5 острых предметов [Балашова, Ковязина, 2017].

В первой методике оценивались следующие параметры выполнения: 1) объем непосредственного воспроизведения (НВ); 2) количество предъявлений материала, необходимых для заучивания (З); 3) объем отсроченного воспроизведения (ОВ). Кроме того, оценивалась частота встречаемости различных типов ошибок: пропусков, инертных повторов, нарушений порядка, нарушений избирательности. Во второй методике оценивалось равномерное протекание деятельности или наличие пауз; необходимости помощи психолога в виде вербальной стимуляции или уточнения семантического поля.

Методы анализа данных

Для обработки данных была использована программа SPSS Statistics и Microsoft Office Excel 2007. Для подсчета данных в парных подгруппах сравнения (мужчины / женщины, работающие /

пенсионеры и т.д.) был использован анализ сравнения средних по Т-критерию Стьюдента для независимых выборок. Для подсчета статистической значимости в подгруппах сравнения, где число подгрупп было больше двух (по возрасту, данным МРТ и диагнозам нейропсихолога и психиатра), был использован однофакторный дисперсионный анализ.

Результаты

Анализ полученных результатов показал, что участники контрольной группы справлялись с выполнением предложенных методик лучше, чем участники клинической группы. В методике заучивания и отсроченного воспроизведения 5 слов статистически значимыми оказались различия в показателях скорости заучивания ($p < 0,05$). Кроме того, около 22% больных депрессиями позднего возраста не смогли заучить 5 слов даже при максимальном (более 4) количестве предъявлений; в контрольной группе таких случаев зафиксировано не было. При сравнении показателей выполнения методики в контрольной группе были выявлены статистически значимые различия в подгруппах сравнения по уровню образования, социальному статусу и возрасту. На этапе НВ лица с высшим образованием показали лучшие результаты, чем лица со средним или средним специальным образованием; у них была выше скорость заучивания слов. Также меньшее количество предъявлений материала требовалось работающим участникам исследования, чем пенсионерам; объем ОВ у них был значительно выше.

Было отмечено, что объем НВ постепенно снижался с возрастом. Что касается скорости заучивания и характеристик ОВ, здесь снижение носило нелинейный характер. Участники исследования в возрасте от 50 до 59 лет справлялись с заданием хуже, чем участники в возрасте от 60 до 69; далее имело место снижение показателей мнестической функции по мере увеличения возраста.

В клинической группе результаты выполнения методики заучивания и отсроченного воспроизведения 5 слов демонстрируют ряд общих тенденций с результатами, полученными в контрольной группе (см. табл. 1). Лучшие результаты на этапе НВ показали участники с высшим образованием. Также у них было значимо больше правильно воспроизведенных слов на этапе ОВ. Работающие участники исследования выполняли методику на всех этапах значимо лучше, чем пенсионеры. В клинической группе были обнаружены различия, связанные с типом мануальной доминантности: на этапе НВ количество правильно воспроизведенных слов у правшей было больше, чем у левшей и амбидекстров. При анализе возрастной динамики было замечено постепенное снижение показателей воспроизведения 5 слов с возрастом на этапе НВ, хотя по количеству правильно воспроизведенных слов динамика снижения носила нелинейный характер. Было также выявлено снижение скорости заучивания с увеличением возраста. На этапе ОВ показатели вербальной памяти также демонстрировали неоднозначную возрастную динамику. Хуже всех с заучиванием 5 слов справлялись больные в возрасте от 80 лет и старше.

Таблица 1

Основные показатели НВ, З и ОВ 5 слов в подгруппах сравнения клинической группы

Подгруппы сравнения	Объем НВ	Количество предъявлений, необходимых для заучивания (З)	Объем ОВ
Пол			
Мужчины	4,3 (3,38)	2,6	4,25 (3,3)
Женщины	4,41 (3,5)	2,5	4,37 (3,4)
Уровень образования			
Высшее	4,3* (3,48*)	2,4	4,24 (3,45*)
Среднее или среднее	4,2* (3,2*)	2,76	4,29

специальное			(3,04*)
Социальный статус			
Работающие	4,56* (3,79*)	2,18*	4,6* (3,8*)
Пенсионеры	4,3* (3,34*)	2,7*	4,2* (3,2*)
Мануальная доминантность			
Правши	4,4 (3,54*)	2,53	4,38 (3,44)
Левши и амбидекстры	4,125 (2,7*)	3,025	4,175 (2,775)
Возраст			
50–59 лет	4,53 (3,68*)	2,13*	4,5* (3,44*)
60–69 лет	4,29 (3,53*)	2,54*	4,54* (3,89*)
70–79 лет	4,28 (3,25*)	2,9*	3,94* (2,76*)
80 лет и старше	4,125 (2,625*)	3,75*	3,75* (2,75*)

Примечания. Числа перед скобками означают объем НВ или ОВ, числа в скобках – количество правильно воспроизведенных слов на этапах НВ и ОВ в среднем по соответствующей подгруппе; * – различия статистически значимы. НВ – объем непосредственного воспроизведения; З – количество предъявлений материала, необходимых для заучивания; ОВ – объем отсроченного воспроизведения. По психиатрическому диагнозу (см. табл. 2) участники клинической группы были поделены на следующие подгруппы сравнения: пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством (РДР); пациенты с биполярным аффективным расстройством (БАР); пациенты с депрессивным эпизодом (ДЭ); пациенты с другими видами депрессии.

При анализе выполнения методики заучивания и отсроченного воспроизведения 5 слов в этих подгруппах не было выявлено значимых различий ни в одном из показателей, кроме объема НВ. Здесь лица с РДР показали меньший объем, чем пациенты с ДЭ.

По результатам МРТ-сканирования больные депрессией были поделены на следующие подгруппы сравнения: с отсутствием патологии на МРТ; с внутренней и/или наружной гидроцефалией (т.е. с расширением мозговых желудочков и/или субарахноидальных пространств); с очагами сосудистой природы в веществе головного мозга; с сочетанием внутренней и/или наружной гидроцефалии и сосудистых очагов (см. табл. 2).

В данных подгруппах было выявлено, что лица с отсутствием патологии на МРТ лучше всех справлялись с выполнением методики. При сравнении с ними пациентов с внутренней и/или наружной гидроцефалией и с сосудистыми очагами в веществе мозга обнаруживаются различия на этапе НВ. Худшие результаты запоминания 5 слов показали пациенты с сочетанием гидроцефалии и очагов сосудистой природы; здесь при сравнении их с лицами без патологии на МРТ значимые различия в выполнении методики были выявлены на всех этапах. Было отмечено, что при сравнении групп с внутренней и/или наружной гидроцефалией и мелкоочаговыми изменениями в головном мозге лучше с выполнением методики на всех этапах справлялись участники второй подгруппы; различия между некоторыми из зафиксированных показателей достигали статистической значимости. Можно предположить, что уменьшение массы мозга более негативно действует на функцию памяти, чем мелкоочаговая сосудистая мозговая патология.

По данным комплексного нейропсихологического обследования были выделены подгруппы сравнения с дисфункцией подкорковых структур, подкорковых структур и задних отделов головного мозга, подкорковых структур и передних отделов мозга, подкорковых структур, задних и передних отделов мозга (см. табл. 2). В данных подгруппах сравнения было замечено, что чем обширнее мозговая дисфункция, тем сильнее нарушается мнестическая функция. Значимо лучше на всех этапах выполнения методики были пациенты с дисфункцией подкорковых структур. При сочетанной дисфункции подкорковых структур, задних и передних отделов головного мозга был зафиксирован самый низкий показатель правильно воспроизведенных слов во всех подгруппах сравнения клинической группы (2,37), то есть меньше половины стимулов, предложенных для заучивания (см. табл. 2). Кроме того, участники данной подгруппы показали почти самую низкую скорость заучивания; несколько больше предъявлений материала требовалось только участникам клинической группы в возрасте от 80 лет и старше.

Таблица 2

Основные показатели НВ, З и ОВ 5 слов у больных с разными психиатрическими диагнозами, данными МРТ и нейропсихологического обследования

Подгруппы сравнения	Объем НВ	Количество предъявлений, необходимых для заучивания (З)	Объем ОВ
Психиатрический диагноз			
РДР	4,29* (3,38)	2,69	4,29 (3,07)
БАР	4,3 (3,43)	2,6	4,34 (3,6)
ДЭ	4,625* (3,58)	2,25	4,58 (3,38)
Другие виды депрессии	4,4 (3,55)	2,44	4,23 (3,61)
Данные МРТ			
Наружная и/или внутренняя сообщающаяся гидроцефалия	4,34 (3,34*)	2,59	4,3* (3,45)
Очаги сосудистой природы	4,375 (3,625*)	2,625	4,5 (4,125*)
Сочетание гидроцефалии и очагов сосудистой природы	4,36 (3,36*)	2,75*	4,15* (3,03*)
В пределах нормы	4,625 (4,5*)	1,85*	4,875* (4)
Заключение нейропсихолога			
Дисфункция подкорковых структур	4,56* (3,68)	2,19*	4,56* (3,83*)
Дисфункция подкорковых структур и задних отделов мозга	4,38* (3)	2,88*	4,23* (3,5*)
Дисфункция подкорковых структур и передних отделов мозга	4,17* (3,23)	2,87*	4,2* (3*)
Дисфункция подкорковых структур, задних и передних отделов мозга	4,25* (3,34)	3,17*	3,74* (2,37*)

Примечания. Числа перед скобками означают объем НВ или ОВ, числа в скобках – количество правильно воспроизведенных слов на этапах НВ и ОВ в среднем по соответствующей подгруппе; * – различия статистически значимы. НВ – объем непосредственного воспроизведения; З – количество предъявлений материала, необходимых для заучивания; ОВ – объем отсроченного воспроизведения; РДР – пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством; БАР – пациенты с биполярным

аффективным расстройством; ДЭ – пациенты с депрессивным эпизодом.

Анализ частоты встречаемости разных типов ошибок при запоминании 5 слов показал, что больные депрессиями позднего возраста значимо чаще делали ошибки по типу нарушений порядка, нарушений избирательности и инертные повторы. Пропуски также встречались чаще у участников клинической группы, однако различия по количеству пропусков по сравнению с участниками контрольной группы не достигали статистической значимости.

Результаты, полученные при проведении методики называния 5 острых предметов, во многом согласуются с теми, которые были получены в методике заучивания 5 слов. Здесь не было выявлено значимых различий в выполнении методики лицами разного пола, уровня образования и мануальной доминантности. Работающие участники исследования реже нуждались в помощи психолога в виде уточнения семантического поля. При анализе возрастной динамики было замечено, что с увеличением возраста чаще встречается необходимость уточнения семантического поля. По показателю безошибочного выполнения методики не было найдено линейной зависимости от возраста, хотя лучше всех справлялись с методикой лица в возрасте от 50 до 59 лет, а хуже всех – лица в возрасте от 80 лет и старше.

Что касается клинической группы, то здесь впервые были обнаружены значимые различия качества выполнения методики в некоторых подгруппах сравнения (см. табл. 3). Мужчины справлялись с называнием 5 острых предметов лучше, чем женщины. Без каких-либо затруднений выполнили методику 60% мужчин и только 43% женщин; у мужчин было значимо меньше пауз. По другим показателям мужчины были тоже несколько лучше, однако эти различия не достигали уровня статистической значимости. В подгруппах сравнения по уровню образования значительно меньше пауз делали участники с высшим образованием. Работающие участники справлялись с методикой лучше по всем показателям, чем пенсионеры, что полностью соотносится с данными, полученными при анализе подгрупп сравнения по социальному статусу при выполнении методики заучивания и отсроченного воспроизведения 5 слов. Кроме того, 66% работающих участников клинической группы выполнили методику без затруднений, а среди пенсионеров нормальное выполнение было зафиксировано лишь у 45% (различия статистически значимы).

При анализе возрастной динамики в клинической группе было выявлено постепенное увеличение количества пауз. Также статистической значимости достигали возрастные различия в показателях необходимости вербальной стимуляции, однако они не носили линейного характера. Были зафиксированы и значимые различия по необходимости в уточнении семантического поля между подгруппами в возрасте от 60 до 69 лет и от 70 до 79 лет; в первой подгруппе участники меньше нуждались в стимуляции такого рода. Более наглядно данные анализа клинической группы представлены в таблице 3.

Таблица 3

Основные показатели выполнения методики называния 5 острых предметов в клинической группе

Подгруппы сравнения	Нормальное выполнение (%)	Количество затруднений при выполнении методики (средние значения)		
		Наличие пауз	Необходимость вербальной стимуляции	Необходимость уточнения семантического поля
Пол				
Мужчины	60*	0,58*	0,137	0,125
Женщины	43*	1,008*	0,15	0,28
Уровень образования				

Высшее	55	0,68*	0,136	0,168
Среднее или среднее специальное	43	1,08*	0,138	0,3
Социальный статус				
Работающие	66*	0,39*	0,041*	0,083*
Пенсионеры	45*	0,96*	0,167*	0,261*
Мануальная доминантность				
Правши	52	0,5	0,124	0,163
Левши и амбидекстры	35	0,9	0,1	0,35
Возраст				
50–59 лет	60	0,53*	0,068*	0,155
60–69 лет	48	0,8*	0,173*	0,146*
70–79 лет	36	1,017*	0,137*	0,379*
80 лет и старше	50	1,125*	0*	0,125

Примечания. 100% – все участники соответствующей подгруппы; * – различия статистически значимы.

При сравнении результатов подгрупп, сформированных на основании психиатрического диагноза, данных МРТ-сканирования и комплексного нейропсихологического обследования, были выявлены некоторые особенности выполнения методики называния 5 острых предметов.

В подгруппах сравнения, сформированных на основании данных МРТ-сканирования, значимые различия обнаружились в необходимости различной помощи со стороны психолога. Больные с наружной и/или внутренней гидроцефалией и с сочетанием гидроцефалии и сосудистых очагов в веществе головного мозга больше всех нуждались в вербальной стимуляции. Также было выявлено, что не нуждались в уточнении семантического поля только участники исследования в подгруппе с отсутствием патологии на МРТ, что по сравнению с остальными подгруппами дало высокую статистическую значимость.

Различия в выполнении методики были также зафиксированы между подгруппами, сформированными на основании заключений нейропсихолога. Здесь пациенты с самой обширной церебральной дисфункцией (подкорковых структур, задних и передних отделов головного мозга) продемонстрировали наихудшие результаты. Среди них было всего 22% тех, кто справился с методикой безошибочно. А вот в подгруппе с дисфункцией подкорковых структур с методикой легко справились 63% участников. Статистической значимости между данными подгруппами сравнения также достигали показатели наличия пауз и необходимости уточнения семантического поля, которые были хуже у лиц с обширной мозговой дисфункцией.

Обсуждение результатов

Так как выборка участников исследования состояла из пожилых людей, то изменения и нарушения мнестической функции были одной из актуальных для них проблем. Данное исследование было направлено на выявление различий в работе вербальной памяти при нормальном и патологическом старении (на примере больных с аффективными расстройствами позднего возраста) и обнаружении механизмов данных нарушений. Исследование показало, что скорость заучивания слов при нормальном старении выше, чем у больных депрессиями. Это может говорить о том, что при

патологическом старении психические процессы, в том числе и мнестические, замедляются в большей степени, чем при нормальном [Корсакова, Балашова, 2007]. Кроме того, как было сказано выше, при старении в мнестической функции в первую очередь страдают начальные этапы запоминания, что нашло свое отражение в результатах исследования. Как в контрольной, так и в клинической группе показатели НВ снижались постепенно с увеличением возраста, чего нельзя сказать о показателях ОВ. Этот факт может говорить о том, что качество ОВ может зависеть и от эффективности работы уже сформированных компенсаторных механизмов, и от неодинакового состояния компонентов мнестической функции, обеспечиваемых правым и левым полушарием мозга. Нейропсихологи хорошо знают, что для многих видов памяти (то есть не только для памяти слухоречевой) правое полушарие играет ведущую роль в обеспечении этапа НВ, а левое полушарие – в обеспечении этапа ОВ.

При сравнении подгрупп по полу не было выявлено значимых различий при анализе выполнения методики запоминания 5 слов, хотя считается, что у женщин вербальные функции развиты лучше, чем у мужчин [Москвина, Москвин, 2011]. Можно сделать вывод, что при старении пол не связан с состоянием вербальной памяти. Однако при анализе результатов выполнения методики называния 5 острых предметов было замечено, что мужчины справлялись намного лучше женщин. Это может указывать на то, что у женщин при аффективных расстройствах функция актуализации определенных знаний из прошлого опыта нарушается сильнее, чем у мужчин.

Лица с высшим образованием как в клинической, так и в контрольной группе показывали значимо лучшие результаты, чем лица со средним и средним специальным образованием. В контрольной группе участники с высшим образованием показали намного более высокую скорость заучивания 5 слов. В клинической группе они вспоминали больше слов на этапе ОВ. При выполнении интерферирующей задачи лица с высшим образованием делали меньше пауз. Вероятно, особенности формирования и тренировки мнестической функции на всех предшествующих этапах онтогенеза оказывают позитивное влияние на состояние памяти в период старения даже при некоторых неблагоприятных вариантах сценария этого процесса. По-видимому, лица с высшим образованием во многих случаях характеризуются хорошей памятью в детском возрасте, а обучение и последующая профессиональная деятельность позволяют им постоянно упражнять и развивать свою память.

Сравнивая подгруппы с разным социальным статусом, можно сделать вывод о том, что выход на пенсию негативно сказывается на вербальной памяти. При этом нельзя исключить и то, что снижение функциональных возможностей памяти становится в ряде случаев одной из причин отказа от продолжения трудовой деятельности. В контрольной группе пенсионеры показали более низкую скорость заучивания 5 слов, а также значительно меньший объем ОВ. Но особенно сильные различия между работающими и пенсионерами были замечены в клинической группе, где пенсионеры справлялись с заучиванием слов хуже по всем показателям, чем лица, продолжающие работать. Во время выполнения методики называния 5 острых предметов пенсионерам в контрольной группе часто требовалась подсказка в виде уточнения семантического поля, тогда как работающие лица здесь не нуждались в помощи психолога. В клинической группе работающие пациенты демонстрировали лучшие показатели; у них было значимо больше случаев оптимального выполнения, а количество пауз и потребность в вербальной стимуляции и уточнениях семантического поля были куда меньше, чем у пенсионеров. Вероятно, снижение вербальной памяти связано с тем, что при выходе на пенсию пожилым людям в меньшей степени требуется обучаться чему-то новому, а как раз благодаря такой деятельности в головном мозге формируются новые нейронные сети, что поддерживает мнестическую функцию на достаточно высоком уровне [Александров, 2004].

При анализе результатов лиц с разной мануальной доминантностью в клинической группе была замечена разница в объеме правильно названных слов при НВ; левши и амбидекстры справлялись хуже, чем правши. Не исключено, что процессы нормального старения несколько больше влияют на работу правого полушария мозга, а при поздних депрессиях правое полушарие является

уязвимым. Поэтому при левшестве и амбидекстрии, когда правое полушарие играет важную роль в обеспечении психических процессов, снижение памяти может быть более выраженным, чем у правшей.

При анализе возрастной динамики выполнения методик было замечено, что в контрольной группе различия в запоминании 5 слов были только на этапах НВ и при заучивании. Снижение показателей выполнения на этапе заучивания носило нелинейный характер, так как участники из подгруппы в возрасте от 50 до 59 лет заучивали 5 слов медленнее, чем участники в возрасте от 60 до 69 лет. Вероятно, это связано с тем, что человек в период от 50 до 59 лет адаптируется к ситуации начинающегося старения, происходит выработка компенсаторных механизмов, необходимых людям пожилого возраста, смена социальной роли и т.д. В это время ресурсы организма в основном направлены на обеспечение биосоциальных перестроек, а не когнитивных функций, что оказывает влияние на состояние памяти [Корсакова и др., 2009]. В возрасте от 60 до 69 лет компенсаторные и адаптационные механизмы уже сформированы и поддерживают мнестическую функцию, поэтому выполнение методик удается несколько лучше. Следует отметить, что в обеих группах с выполнением методик хуже справлялись лица в возрасте от 80 лет и старше. Интересно отметить тот факт, что в клинической группе снижение показателей вербальной памяти носило постепенный характер по всем показателям, кроме объема ОВ. Если принять во внимание тот факт, что 22% больных депрессиями вообще не смогли заучить 5 слов (мы упоминали об этом при изложении результатов), то напрашивается вывод, что при депрессиях позднего возраста есть трудности формирования компенсаторных механизмов, что сказывается на качестве вербальной памяти.

При анализе выполнения методик в подгруппах сравнения по психиатрическому диагнозу не было выявлено статистически значимых различий в показателях. Это указывает на то, что при вариантах депрессий с различным типом течения не обязательно возникают разные по характеру и степени выраженности изменения памяти. Единственным исключением стал объем НВ при запоминании 5 слов. В подгруппе больных с РДР он был ниже, чем в подгруппе с ДЭ. Однако здесь различия в объеме НВ могут быть связаны со стажем заболевания: во второй подгруппе он в среднем был меньше, чем в первой. Эти данные соотносятся с особенностями восприятия времени при нормальном старении и депрессиях позднего возраста [Балашова, Микеладзе, 2015].

В подгруппах сравнения по данным МРТ-сканирования худшие результаты показали подгруппы с наружной и/или внутренней гидроцефалией и с сочетанием гидроцефалии с сосудистыми очагами в веществе мозга. Лица, у которых имели место только отдельные очаги сосудистого генеза, справлялись с методиками значимо лучше. Это может говорить о том, что умеренные сосудистые изменения, которые не сопровождаются выраженным снижением массы мозга, расширением субарахноидального пространства и мозговых желудочков, как это происходит при гидроцефалии, оказывают менее серьезное воздействие на память. Мелкоочаговые изменения также нарушают мнестическую функцию, однако, судя по клиническим данным и результатам нашего исследования, такие изменения развиваются постепенно и при них выше компенсаторный потенциал. При назывании 5 острых предметов больным с мелкоочаговыми изменениями вещества мозга требовалось меньше вербальных стимуляций, чтобы успешно справиться с заданием. Лучшие результаты при выполнении обеих методик показали лица с отсутствием патологии на МРТ, только в данной подгруппе сравнения участникам не требовалось уточнений семантического поля при назывании 5 острых предметов. Эти данные могут говорить о том, что при депрессиях позднего возраста, сопровождающихся изменениями в картине МРТ, затруднено активное обращение к запасам вербальной памяти (возможно, вследствие дефицита энергетического обеспечения психической деятельности). Это проявляется в увеличении потребности в вербальной стимуляции, в подсказке семантического поля, в мотивационном подкреплении со стороны психолога.

По данным нейropsychологического обследования, худшие показатели вербальной памяти продемонстрировали больные с сочетанной дисфункцией подкорковых структур, задних и передних отделов мозга. Особенно сильно страдали в этом случае скорость заучивания 5 слов, а также объем правильно припомненных слов в ОВ. При назывании 5 острых предметов в данной подгруппе было

самое большое количество пауз. Известно, что память обеспечивается совместной работой трех структурно-функциональных блоков мозга [Лурия, 1973]. Соответственно, чем обширнее мозговая дисфункция, тем сильнее страдает память и тем ниже возможности для компенсации мнестического дефицита.

При анализе допущенных ошибок в методике называния 5 острых предметов в группе больных депрессиями по сравнению с группой здоровых лиц можно заметить, что здоровые участники допускали меньше нарушений порядка и избирательности, а также инертных повторов. Эти данные свидетельствуют о том, что при аффективных расстройствах позднего возраста по сравнению с нормой снижается уровень функционирования правого полушария, медиобазальных и премоторных отделов лобных долей мозга.

Следует заметить, что у больных депрессиями дефицит некоторых психических процессов не всегда компенсируется при стабилизации или улучшении их эмоционального состояния. Кроме того, фармакотерапия поведенческих нарушения депрессивных больных пожилого возраста может быть недостаточно эффективна из-за того, что изменения поведения вызваны не только эмоциональными проблемами, но и изменениями в работе других когнитивных функций. Одновременно с фармакотерапией необходимо использовать различные нейрореабилитационные методики, которые помогут поддерживать мнестическую функцию, используя сохранные звенья памяти и компенсаторные стратегии. Важно отметить, что компенсаторные приемы, используемые при коррекции дефицита памяти, должны зависеть от прошлого опыта больного. Чем раньше начнется работа по встраиванию компенсаторных стратегий в мнестическую деятельность человека, тем эффективнее они будут поддерживать работу памяти [Корсакова, Балашова, 2007]. При старении уровень произвольного запоминания снижается, однако можно использовать для поддержания памяти навыки произвольного запоминания, например ассоциативные методики или визуализацию. Как известно, пожилые люди лучше запоминают не отдельные стимулы, а организованный по смыслу материал, поэтому будет продуктивным запоминание при помощи создания ассоциативных связей [Wilson et al., 2009]. Кроме того, для запоминания вербальной информации можно подключать использование различных модальностей, например, визуализируя что-то во время запоминания. Существуют и другие техники опосредствования запоминания: деление информации на части, ритмическое сопровождение (например, для запоминания номера телефона), создание аббревиатур и т.д. [Wilson et al., 2009]. В отечественной нейропсихологии еще несколько десятилетий назад была разработана программа восстановления слухоречевой памяти, которая строилась на перекодировании воспринимаемой со слуха информации в зрительные образы, что помогало повысить эффективность запоминания. Кроме того, была создана система упражнений, которая позволяла перенести данные навыки из лабораторных условий в обычную жизнь, обеспечивала их интериоризацию и автоматизацию [Кроткова, 1982]. Современные исследования также доказывают эффективность использования таких «внешних» опор памяти, как стикеры, блокноты, календари, приложения в мобильном телефоне, специальная организация внешней среды.

Заключение

Проведенное исследование показало, что при депрессиях позднего возраста наряду с нарушениями эмоционально-аффективной сферы обнаруживаются симптомы снижения показателей вербальной памяти [Балашова, Зарудная, 2017]. Степень выраженности дефекта может быть разной и зависит от многих сопутствующих факторов, например от возраста, социального статуса, уровня образования, наличия и обширности симптомов нейропсихологической дисфункции, а также различных патологических изменений мозга, обнаруживаемых с помощью МРТ-сканирования. В основном нарушения мнестической функции носили умеренный характер, однако в ряде случаев они достигали уровня дефекта, обнаруживаемого при деменциях [Гаврилова, 2011]; в особенности это было заметно при заучивании и отсроченном воспроизведении 5 слов. Стоит принять во внимание, что при депрессиях позднего возраста мнестические проблемы осложняются еще и тем дефицитом мотивационного и «энергетического» обеспечения психической деятельности, который

связан с особенностями самого психического заболевания. Это пассивность, пессимистическая оценка своих когнитивных ресурсов, снижение интереса к окружающему миру и результатам собственной деятельности, редукция регуляторных и опосредующих стратегий. Именно поэтому, например, при назывании 5 острых предметов больные депрессией намного чаще нуждались в помощи со стороны психолога. Кроме того, они значительно чаще допускали ошибки по типу контаминаций, инертных повторов, чаще изменяли порядок слов. Эти ошибки говорят о снижении внимания и контроля за мнестической деятельностью.

В исследовании было показано, что профессиональная активность и высокий уровень образования влияют на сохранность процессов памяти как при нормальном, так и при патологическом старении. Лица с высшим образованием и участники исследования, продолжающие трудовую деятельность, показали лучшие результаты при выполнении методик, а выявленные различия обнаруживали высокую статистическую значимость.

Полученные нами данные позволяют увидеть уязвимые звенья в вербальной памяти больных депрессиями позднего возраста, которые могут рассматриваться как мишени для нейропсихологической коррекции.

Литература

Александров Ю.И. Научение и память: системная перспектива. Вторые Симоновские чтения. М.: Российская академия наук, 2004. С. 3–51.

Балашова Е.Ю. Опосредование и саморегуляция психической деятельности при нормальном старении и аффективных расстройствах позднего возраста (на примере памяти и восприятия времени). Психологические исследования, 2016, 9(46), 2. <http://psystudy.ru>

Балашова Е.Ю., Зарудная Е.А. Нейропсихологическая диагностика вербальной памяти при депрессиях позднего возраста и при нормальном старении: поиск мишеней психологической коррекции. В кн.: Избранные вопросы нейрореабилитации: материалы IX международного конгресса «Нейрореабилитация – 2017» (Москва, 1–2 июня 2017 г.). М.: НАБИ, 2017. С. 14–17.

Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Нейропсихологическая диагностика в вопросах и ответах. 3-е изд. М.: Генезис, 2017.

Балашова Е.Ю., Микеладзе Л.И. Особенности временной перспективы при нормальном старении и депрессиях позднего возраста. Психологические исследования, 2015, 8(39), 3. <http://psystudy.ru>

Балашова Е.Ю., Ряховский В.В., Щербакова Н.П. К вопросу о значении нейропсихологического обследования при прогнозировании исхода депрессии в позднем возрасте. В кн.: Материалы III Международного конгресса «Нейрореабилитация – 2011» (2–3 июня 2011 г.). М.: НАБИ, 2011. С. 14–15.

Балашова Е.Ю., Старкова Н.Р., Щербакова Н.П. Опосредование психической деятельности при аффективных расстройствах в позднем возрасте. В кн.: «А.Р.Лурия и психология 21-го века». Доклады Второй международной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения А.Р.Лурии. М.: Смысл, 2003. С. 259–263.

Гаврилова С.И. (Ред.). Руководство по гериатрической психиатрии. М.: Пульс, 2011.

Истомина З.М., Самохвалова В.И., Преображенская И.Н. К характеристике памяти у лиц высокоинтеллектуального труда в пожилом возрасте. Вопросы психологии, 1967, No. 3, 55–64.

Концевой В.А. Депрессии позднего возраста. В кн.: Руководство по психиатрии в 2 томах. М.: Медицина, 1999. Т. 1, с. 668–673.

Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю. Компенсаторные возможности саморегуляции мнестической деятельности в позднем возрасте. Социальная и клиническая психиатрия, 2007, 17(2), 10–13.

Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2009, 109(2), 44–50.

Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Нейропсихологический подход к исследованию нормального и патологического старения. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, 2009, No. 3–4, 4–8.

Кроткова О.А. Восстановление памяти у нейрохирургических больных: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Москва, 1982.

Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Моск. гос. университет, 1973.

Москвина Н.В., Москвин В.А. Межполушарные асимметрии и индивидуальные различия человека. М.: Мысль, 2011.

Ряховский В.В. Ближайшие исходы депрессии у лиц в инволюционном и позднем возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2011.

Wilson B.A., Gracey F., Evans J.J., Bateman A. Neuropsychological rehabilitation. Theory, models, therapy and outcome. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

Поступила в редакцию 11 декабря 2017 г. Дата публикации: 28 февраля 2018 г.

Сведения об авторах

Зарудная Екатерина Алексеевна. Выпускница, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, ул. Моховая, д. 11, стр. 9, 125009 Москва, Россия.

E-mail: ekaterina.esp@yandex.ru

Балашова Елена Юрьевна. Кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, ул. Моховая, д. 11, стр. 9, 125009 Москва, Россия; ведущий научный сотрудник, лаборатория психологии подростка, Психологический институт Российской академии образования, ул. Моховая, д. 9, стр. 4, 125009 Москва, Россия; старший научный сотрудник, отдел медицинской психологии, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Каширское шоссе, д. 34, 115522 Москва, Россия.

E-mail: elbalashova@yandex.ru

Ссылка для цитирования

Стиль psystudy.ru

Зарудная Е.А., Балашова Е.Ю. Вербальная память в позднем онтогенезе: нормальное старение и депрессии позднего возраста. Психологические исследования, 2018, 11(57), 2. <http://psystudy.ru>

Стиль ГОСТ

Зарудная Е.А., Балашова Е.Ю. Вербальная память в позднем онтогенезе: нормальное старение и депрессии позднего возраста // Психологические исследования. 2018. Т. 11, № 57. С. 2. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

[Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

Адрес статьи: <http://psystudy.ru/index.php/num/2018v11n57/1523-zarudnaya57.html>

[К началу страницы >>](#)