

Эмоциональные и личностные факторы психологической адаптации при недементных когнитивных нарушениях в пожилом возрасте

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 — изучить эмоциональные и личностные факторы психологической адаптации у пожилых пациентов с недементными когнитивными нарушениями. **Материалы и методы:** в поперечное исследование включено 108 человек (23,1% мужчин; медиана возраста — 72 года), прошедших комплексное нейропсихологическое и клиничко-психологическое обследование. Обследование включало оценку когнитивных функций (краткая шкала оценки психического статуса, батарея лобных тестов, тест рисования часов, шкала памяти Векслера, Адденбрукская когнитивная шкала). Также исследовались эмоциональное состояние (шкала депрессии Бека, интегративный тест тревожности), личностные черты и адаптационный потенциал (Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность»). Статистический анализ проводился с использованием непараметрических критериев Манна-Уитни и корреляционного анализа Спирмена при уровне значимости $p \leq 0,05$. **Результаты:** статистически значимых различий между группами с субъективным когнитивным снижением (СКС) и умеренным когнитивным расстройством (УКР) по показателям тревожности, депрессии и личностным характеристикам не обнаружено ($p > 0,05$). Для всей выборки характерны высокий уровень личностной тревожности, умеренная ситуативная тревога, низкие показатели депрессии по шкале Бека и сниженный личностный адаптационный потенциал. Профиль личности включает выраженные тревожные, ипохондрические и интровертированные тенденции при относительно высоком самоконтроле. Корреляционный анализ показал наличие слабых взаимосвязей между отдельными компонентами тревожности и когнитивными показателями, преимущественно на субшкальном уровне. **Заключение:** эмоциональные и личностные характеристики пожилых людей с недементными когнитивными нарушениями характеризуются повышенной личностной тревожностью, умеренной ситуативной тревогой и сниженным личностным адаптационным потенциалом при низких показателях депрессии. Сходство эмоционально-личностных профилей в группах СКС и УКР отражает общие механизмы адаптации к когнитивным трудностям и переживаемой неопределенности. Выявленные закономерности указывают на необходимость дальнейшего изучения факторов, поддерживающих адаптационные ресурсы на ранних этапах когнитивного снижения.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, умеренное когнитивное расстройство, субъективные когнитивные жалобы, тревожность, депрессия, личностный адаптационный потенциал, психосоциальная адаптация.

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. Эмоциональные и личностные факторы психологической адаптации при недементных когнитивных нарушениях в пожилом возрасте. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2026; 60:5:37-46. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-5-1273>.

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

Emotional and personal factors of psychological adaptation in non-dementia cognitive impairment in old age

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. Objective—to examine emotional and personality factors associated with psychological adaptation in older adults with non-dementia cognitive impairment. **Materials and methods:** a cross-sectional study included 108 participants (23.1% men; median age = 72 years) who underwent comprehensive neuropsychological and clinical-psychological assessment. The examination included an assessment of cognitive function (Mini-Mental State Examination, Frontal Domain Battery, Clock Drawing Test, Wechsler Memory Scale, and Addenbrooke's Cognitive Scale). Emotional state (Beck Depression Inventory, Integrative Anxiety Test), personality traits, and adaptive potential (Multilevel Personality Adaptability Questionnaire) were also assessed. Non-parametric statistics (Mann–Whitney U test and Spearman's rank correlation) were applied at a significance level of $p \leq 0.05$. **Results:** no statistically significant differences were found between the groups with subjective cognitive impairment (SCI) and mild cognitive impairment (MCI) in anxiety, depression, and personality traits ($p > 0.05$). The entire sample was characterized by high levels of trait anxiety, moderate state anxiety, low depression scores on the Beck Depression Inventory, and reduced personal adaptive potential. The personality profile included pronounced anxious, hypochondriacal, and introverted tendencies with relatively high self-control. Correlation analysis revealed weak relationships between individual anxiety components and cognitive traits, primarily at the subscale level. **Conclusion:** the emotional and personality traits of older adults with non-dementia-related cognitive impairment are characterized by elevated trait anxiety, moderate state anxiety, and reduced personal adaptive potential with low depression scores. The similarity in emotional and personality profiles between the SCI and MCI groups reflects common mechanisms of adaptation to cognitive difficulties and experienced uncertainty. The identified patterns indicate the need for further study of the factors that support adaptive resources in the early stages of cognitive decline.

Keywords: cognitive impairment, mild cognitive impairment, subjective cognitive complaints, anxiety, depression, personality-adaptive potential, psychosocial adaptation.

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. Emotional and personal factors of psychological adaptation in non-dementia cognitive impairment in old age. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2026; 60:5:37-46. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-5-1273>. (In Russ.)

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

Проблема когнитивных нарушений в пожилом возрасте выходит за рамки собственно нейропсихологического дефицита, затрагивая эмоциональную сферу и личностную регуляцию. Для многих пожилых людей осознание ухудшения памяти и других познавательных функций становится не только медицинским, но и психологическим событием, требующим перестройки привычных форм адаптации. Как показано в первой части исследования, особенности совладающего поведения и компенсаторных стратегий памяти тесно связаны с уровнем когнитивного функционирования. Настоящая работа продолжает этот анализ, фокусируясь на эмоционально-личностных аспектах адаптации при недементных когнитивных нарушениях (НКН). Диагноз умеренного когнитивного расстройства (УКР) или наличие субъективных когнитивных жалоб (СКЖ) нередко сопровождаются переживанием неопределённости, включающим неясность диагноза, непредсказуемость дальнейшего течения состо-

яния и страх утраты автономности [27]. В этих условиях эмоциональные и личностные ресурсы определяют, каким образом человек осмысливает происходящие изменения, справляется с ними и сохраняет субъективное чувство контроля. Ряд исследований указывает, что тревога и депрессия могут не только сопутствовать когнитивным нарушениям, но и усиливать их субъективные проявления [7, 13, 31].

Показано, что тревога и депрессия опосредуют связь между субъективными когнитивными жалобами и качеством сна, усиливая ощущение когнитивных затруднений [39]. Наряду с этим личностные особенности — уровень самоконтроля, толерантность к неопределённости, социальная вовлечённость — связаны с поддержанием адаптационного потенциала и автономности в пожилом возрасте [24, 26]. Таким образом, эмоциональные и личностные факторы выступают ключевыми компонентами системы психосоциальной адаптации пожилых людей с НКН. Их исследование

позволяет глубже понять механизмы психологической устойчивости и определить направления профилактической и коррекционной работы.

Цель исследования — изучить эмоциональные и личностные факторы психологической адаптации у пожилых пациентов с недементными когнитивными нарушениями. В соответствии с поставленной целью были определены задачи, включающие оценку эмоционального состояния и личностных характеристик, анализ адаптационного потенциала, а также изучение взаимосвязей указанных показателей с когнитивными функциями и их сравнительный анализ в группах с субъективными когнитивными жалобами и умеренными когнитивными нарушениями.

Материалы и методы. В ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Министерства здравоохранения России было проведено обсервационное поперечное исследование. Локальный этический комитет одобрил протокол исследования (протокол № 4 дело ЭК-2207 от 24.03.2022). Все участники были полностью проинформированы о целях и процедурах исследования и дали письменное информированное согласие до начала интервью и обследования. В исследование были включены пациенты в возрасте 60 лет и старше, которые обратились к психиатру в амбулаторных условиях с жалобами на ухудшение памяти и других когнитивных функций. Также в выборку вошли пациенты, направленные на консультацию родственниками. Отбор участников проводился психиатром на основе клинической оценки и результатов нейропсихологического тестирования. В исследование включались люди, сохранявшие повседневную активность и социальную самостоятельность, что подтверждалось оценкой по шкале клинической деменции ($CDR \leq 0,5$). Показатели краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) находились в диапазоне от 20 до 30 баллов, что свидетельствует о наличии умеренных когнитивных нарушений или лёгкого когнитивного дефицита, но без признаков клинически выраженной деменции. Хотя у некоторых участников результаты MMSE были ниже общепринятого порога когнитивной нормы, клиническая оценка психиатром подтвердила сохранение критичности и самостоятельности. Это позволило отнести их к категории недементных когнитивных нарушений и включить в исследование.

Критериями невключения являлись: наличие деменции любой этиологии, когнитивные нарушения вследствие черепно-мозговой травмы, инфекционных заболеваний центральной нервной системы, шизофрении, зависимостей и других состояний; выраженный неврологический дефицит (парезы, параличи), а также сенсорные или речевые нарушения, затрудняющие проведение обследования; тяжёлые декомпенсированные соматические состояния, включая активные злокачественные новообразования и аутоиммунные заболевания; геморрагический инсульт в анамнезе.

Процедура исследования была стандартизирована и включала проведение обследования в рам-

ках одного или двух последовательных визитов. После направления на психологическое обследование участникам разъяснялись цели и процедуры исследования, после чего они подписывали информированное добровольное согласие. Первый визит включал проведение структурированного клинико-психологического интервью, направленного на сбор социально-демографических данных, анамнеза, актуальных жалоб, особенностей совладания с когнитивными нарушениями и прочее, а также скрининговую оценку когнитивных функций. По завершении визита участникам предоставлялся пакет психодиагностических опросников для самостоятельного заполнения. Второй визит проводился, как правило, через 2–3 дня после первого и включал расширенное нейропсихологическое обследование, а также контроль полноты и корректности заполнения опросников, возвращённых участниками. В отдельных случаях при отсутствии выраженной утомляемости все процедуры выполнялись в рамках одного визита.

Таким образом, структура обследования оставалась единой, а различия касались только её временного распределения. 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).

Для анализа когнитивных функций применялись следующие нейропсихологические методы: Краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination, MMSE) [18], Батарея лобных тестов (Frontal Assessment Battery, FAB) [17], Адденбрукская когнитивная шкала (Addenbrooke's Cognitive Examination, ACE-III) [21], Тест рисования часов (Clock Drawing Test, CDT) [33], а также Шкала памяти Векслера (Wechsler Memory Scale, WMS) [40]. В рамках WMS можно рассчитать абсолютный показатель (АП), который представляет собой сумму баллов субтестов без учёта возрастных особенностей, а также оценить состояние мнестической функции через эквивалентный интеллект-показатель памяти (ЭИПП). Для оценки эмоциональной сферы использовались: Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI) [2, 5], Интегративный тест тревожности (ИТТ) позволяет оценить выраженность ситуативной тревоги (ИТТ-СТ) и личностной тревожности (ИТТ-ЛТ), а также их компоненты: Эмоциональный дискомфорт (ЭД), Астенические реакции (АСТ), Фобический компонент (ФОБ), Оценку перспектив (ОП), Социальные реакции (Зенцы (СЗ) [1]. Для оценки личностной сферы: Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-А), позволяющий оценить субшкалы психосоциальной адаптации: Поведенческая регуляция (ПР), Коммуникативный потенциал (КП), Моральная нормативность (МН), Личностный адаптационный потенциал (ЛАП), Астенические реакции и состояния (АС), Психотические реакции и состояния (ПС), Дезадаптационные нарушения (ДАН).

Опросник МЛО-А имеет проверочные шкалы достоверности ответов (Достоверность). Обработ-

ка шкал 1-го уровня аналогична базовым шкалам Стандартизированного метода исследования личности (СМИЛ). Выборка была разделена на две группы. В группу 1 ($n = 68$) вошли лица с объективно выявленными нарушениями когнитивных функций, а в группу 2 ($n = 40$) — лица с субъективными когнитивными жалобами при нормативных результатах нейропсихологических тестов. Анализ данных проводился с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics версии 26.0. Для определения центральных тенденций применялись медиана и межквартильный размах, обозначаемые как Md (Q1—Q3). Категориальные данные описывались в виде процентных долей с указанием абсолютных значений (% (n)). Проверка нормальности распределения осуществлялась с помощью критерия Шапиро–Уилка. Поскольку большинство распределений оказались не нормальными, были применены непараметрические методы. Для сравнения количественных показателей использовался U-критерий Манна–Уитни. Взаимосвязи между переменными оценивались с помощью коэффициента Спирмена. Во всех тестах уровень статистической значимости был установлен на уровне $p \leq 0,05$.

Результаты. Эмоциональная сфера: статистически достоверных различий между группами по показателям тревоги и депрессии не выявлено ($p > 0,05$) — как по интегративным индексам, так и по субшкалам соответствующих методик. На Рис.1 представлены распределения станайновых оценок по шкалам ситуативной и личностной тревожности.

Как видно из Рис. 1, в общей выборке медианные показатели ситуативной тревоги по ИТТ-СТ соответствовали умеренным значениям (Md = 5 ст.; Q1—Q3 = 1,25—7 ст.). Наиболее низкие медианы наблюдались по субшкалам социальных реакций защиты (Md = 3; Q1—Q3 = 1—7 ст.) и эмоционального дискомфорта (Md = 3; Q1—Q3 = 1—5 ст.), тогда как астенический компонент (Md = 6; Q1—Q3 = 2—7 ст.) и тревожная оценка перспек-

тив (Md = 6; Q1—Q3 = 3—7 ст.) соответствовали умеренному уровню. Личностная тревожность по ИТТ-ЛТ была относительно высокой (Md = 7; Q1—Q3 = 5—8 ст.), преимущественно за счёт астенического компонента (Md = 7; Q1—Q3 = 5—8 ст.).

Медианные значения по шкале депрессии Бека (BDI) находились на нижней границе нормы (Md = 9; Q1—Q3 = 4—15 баллов), что указывает на отсутствие выраженной депрессивной симптоматики в обеих группах ($p > 0,05$). В общей выборке выявлены слабые субшкальные корреляции между когнитивными и эмоциональными показателями. Более высокие значения памяти и общего когнитивного статуса (ACE-III, WMS) были связаны с выраженностью астенического компонента тревожности ($\rho = 0,19—0,27$; $p < 0,05$) и с соматическими проявлениями депрессии ($\rho = 0,25$; $p = 0,008$). При этом интегральные показатели когнитивных тестов (MMSE, FAB, CDT) не демонстрировали статистически значимых ассоциаций с общими уровнями тревожности или депрессии, что указывает на преимущественно субшкальный характер взаимосвязей.

Личностный адаптационный потенциал и личностные особенности: по данным методики МЛО-А статистически значимых различий между группами не выявлено ($p > 0,05$), что указывает на сходство личностного профиля у пациентов с объективными когнитивными нарушениями и у лиц с субъективными когнитивными жалобами при сохраненных результатах нейропсихологического тестирования. Однако сопоставление с нормативными значениями выявляет общие тенденции, характерные для всей выборки.

На Рис. 2 представлен усреднённый профиль личностных особенностей, построенный по медианным значениям Т-баллов шкал методики МЛО-А.

Как видно из Рис. 2, наиболее высокие показатели отмечались по шкале К («Коррекция») (Md = 75; Q1—Q3 = 70—80 Т-баллов) и 2 D («Депрессия») (Md = 72; Q1—Q3 = 65—80

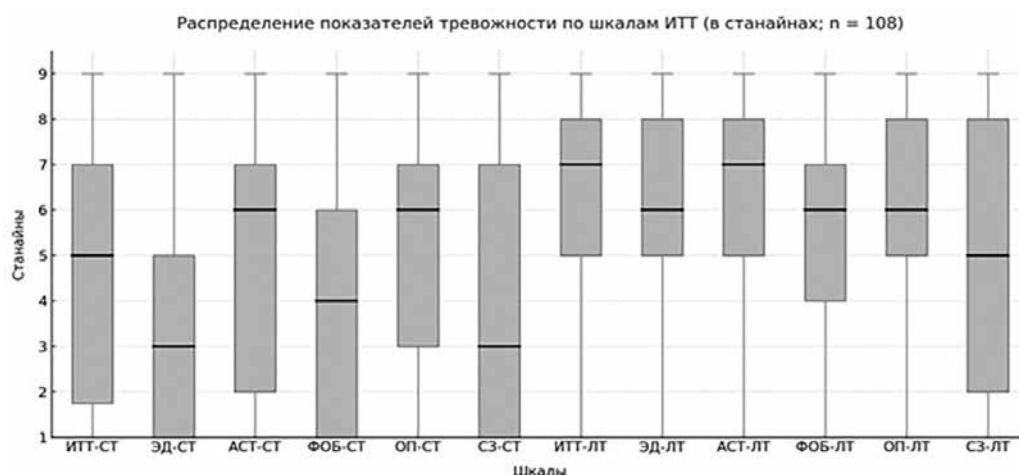


Рис. 1. Распределение показателей тревожности по шкалам методики ИТТ (в станайнах; $n = 108$)
Fig. 1. Distribution of anxiety scores across the ITT scale subscales (in stanines; $n = 108$)

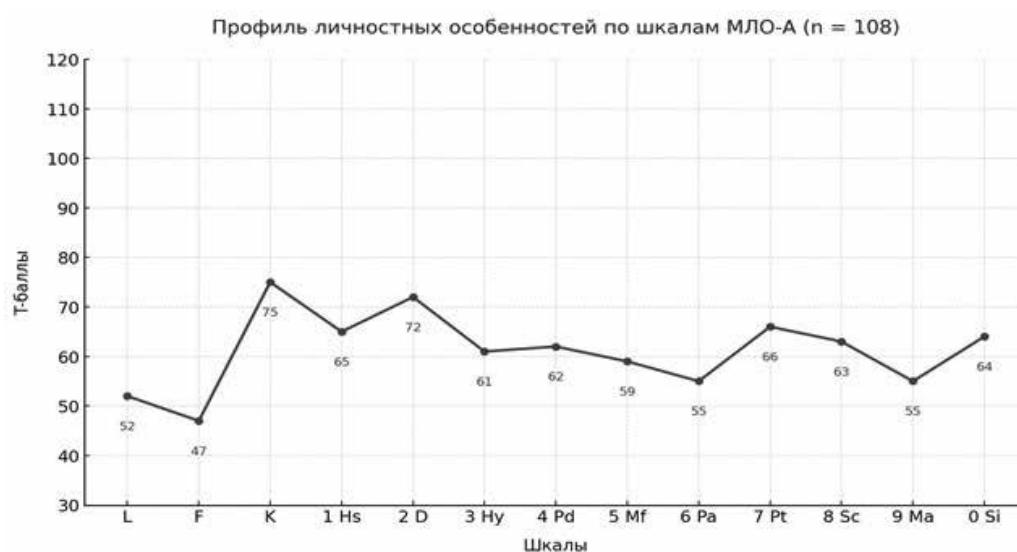


Рис. 2. Профиль личностных характеристик по шкалам МЛО-А (медианные значения Т-баллов; n = 108)
 Fig. 2. Profile of personality characteristics on the MLO-A scales (median T-scores; n = 108)

Т-баллов), что отражает сочетание выраженной самоконтрольной установки с признаками астенодепрессивного состояния. Повышенные значения (56—70 Т-баллов) наблюдались по шкалам 7 Pt («Тревожность») (Md = 66; Q1—Q3 = 61—72 Т-баллов), 1 Hs («Ипохондрия») (Md = 65; Q1—Q3 = 57—75 Т-баллов), 0 Si («Социальная интроверсия») (Md = 64; Q1—Q3 = 56—68 Т-баллов), 8 Sc («Шизоидность») (Md = 63; Q1—Q3 = 59—71 Т-баллов), 4 Pd («Психопатия») (Md = 62; Q1—Q3 = 60—65 Т-баллов) и 3 Hy («Истерия») (Md = 61; Q1—Q3 = 54—70 Т-баллов). Остальные шкалы находились в пределах средних значений (45—55 Т-баллов).

Таким образом, в выборке в целом преобладают признаки тревожно-депрессивной симптоматики, повышенной чувствительности, склонности к соматизации и умеренной социальной интроверсии. Подобный личностный профиль может рассматриваться как фактор уязвимости, усиливающий субъективное восприятие когнитивных затруднений.

Для оценки психосоциальной адаптации использовались шкалы 2–4-го уровней методики МЛО-А. Статистически значимых различий между группами по интегральному показателю ЛАП и его компонентам также не выявлено ($p > 0,05$). Лишь у 3,7 % обследованных (n = 4) уровень адаптационного потенциала соответствовал категории «хороший ЛАП», равномерно представленной в обеих подгруппах. В целом показатели шкал ДАН (Md = 6; Q1—Q3 = 5–7 Т-баллов), АС (Md = 5; Q1—Q3 = 4–7 Т-баллов), ПС (Md = 5; Q1—Q3 = 5–6 Т-баллов), ПР (Md = 4; Q1—Q3 = 2–5 Т-баллов), КП (Md = 4,5; Q1—Q3 = 4–5 Т-баллов) и МН (Md = 5; Q1—Q3 = 5–6 Т-баллов) находились в пределах допустимой нормы, тогда как интегральный показатель ЛАП оказался снижен (Md = 3; Q1—Q3 = 1–4 Т-баллов), что указы-

вает на ограниченные адаптационные ресурсы у большинства обследованных.

В общей выборке обнаружены слабые отрицательные корреляции между когнитивными и личностными показателями: шкала L («Лжи») отрицательно связана с результатами MMSE ($\rho = -0,224$; $p = 0,017$) и WMS ($\rho = -0,208$; $p = 0,030$); шкала 6 Pa («Паранойя») — с MMSE ($\rho = -0,196$; $p = 0,043$) и ACE-III ($\rho = -0,215$; $p = 0,026$); шкала 9 Ma («Гипомания») — с WMS ($\rho = -0,199$; $p = 0,039$) и ACE-III ($\rho = -0,246$; $p = 0,010$). Это может свидетельствовать о том, что более выраженные черты подозрительности, аффективной ригидности и гиперактивности сочетаются с менее сохранным когнитивным функционированием.

Обсуждение результатов. Эмоциональные аспекты адаптации при НКН и феномен неопределённости: переживание когнитивных трудностей в пожилом возрасте нередко сопровождается чувством неопределённости — неясностью диагноза, непредсказуемостью прогноза и тревогой относительно возможной потери автономности. Для многих пациентов ситуация субъективного или умеренного когнитивного снижения становится источником хронического стресса, в котором неопределённость выступает центральным аффективно-когнитивным стрессором [19, 20, 32]. При этом эмоциональные реакции зависят не только от степени когнитивного дефицита, но и от уровня осознанности собственных изменений.

Результаты исследования показывают, что у обследованных пациентов с НКН преобладает высокий уровень личностной тревожности при умеренной выраженности ситуативной тревоги и показателях депрессии, соответствующих нижней границе нормы по шкале Бека. Такой эмоциональный профиль отражает устойчивое внутреннее напряжение, связанное не с реакцией на отдельные стрессоры, а с длительным переживанием не-

определённости и ожиданием возможного ухудшения когнитивного состояния. Аналогичные наблюдения представлены в исследовании Clare и соавт. [14], где показано, что у пациентов с более сохранными когнитивными функциями уровень осознанности нарушений выше, и, соответственно, эмоциональное реагирование выражено сильнее. Напротив, у лиц с более выраженным когнитивным дефицитом отмечается снижение метакогнитивной осведомлённости и ослабление тревожных переживаний, что может рассматриваться как проявление вторичной психологической защиты.

Результаты работы Pavel и соавт. [34] также подтверждают значимость тревоги в структуре субъективных когнитивных жалоб: участники, испытывающие выраженное беспокойство по поводу памяти, демонстрировали худшие показатели слухоречевой памяти, несмотря на отсутствие объективных нарушений. Таким образом, тревога при субъективных когнитивных жалобах может выступать не следствием, а одним из факторов, усиливающих субъективное ощущение когнитивных трудностей. Хроническая тревога, формирующаяся в условиях неопределённости, имеет не только психологические, но и нейробиологические корреляты. Согласно данным нейровизуализационных исследований, длительный стресс связан с нарушением функциональной интеграции лимбических структур и префронтальной коры [23], уменьшением объёма серого вещества в лобно-стриарных областях [8], а также морфофункциональными изменениями в гиппокампе [30].

Эти процессы могут способствовать снижению стресс-резистентности и когнитивной гибкости, поддерживая замкнутый цикл «тревога — напряжение — утомляемость». Неопределённость болезни при НКН проявляется в нескольких формах — диагностической (неясность статуса между нормой и патологией), прогностической (непредсказуемость течения) и экзистенциальной (страх утраты когнитивной целостности и автономии) [20]. У пациентов с СКС она часто связана с несоответствием между субъективным восприятием когнитивных трудностей и нормальными результатами тестов, что усиливает тревожность и внутренний конфликт [22, 25, 27]. У пациентов с УКР тревога нередко возникает вследствие осознания объективных ограничений и восприятия их как признаков необратимости состояния [19]. Дополнительно показано, что сочетание депрессии и когнитивных нарушений существенно увеличивает риск последующего развития деменции, что подчёркивает значимость эмоциональных факторов на ранних этапах когнитивного снижения [42]. Таким образом, эмоциональные проявления при НКН представляют собой сложное взаимодействие осознанности, неопределённости и индивидуальных копинг-механизмов. Высокая личностная тревожность и умеренная ситуативная тревога при депрессивных показателях на нижней границе нормы могут рассматриваться как индикатор адаптационной напряжённости, в

которой сохраняется чувствительность к угрозе, но ограничены возможности когнитивной переработки неопределённости. Эмоциональная сфера, следовательно, выступает одним из ключевых компонентов психосоциальной адаптации на ранних этапах когнитивных изменений.

Личностные особенности и адаптационный потенциал при когнитивных нарушениях: личностные характеристики пожилых людей с недементными когнитивными нарушениями рассматриваются как один из ключевых факторов, связанных с вариативностью когнитивного состояния. Проспективные когортные исследования показывают, что такие черты, как невротизм, экстраверсия, добросовестность и открытость опыту, статистически связаны с различиями в когнитивных исходах и риском деменции [9, 41].

Высокий уровень невротизма и выраженная склонность к психологическому дистрессу ассоциируются с повышенным риском болезни Альцгеймера [41], тогда как добросовестность и открытость опыту, напротив, коррелируют с более благоприятным когнитивным функционированием в старости [9, 10]. Исследование Bennett и соавт. [6] показало, что когнитивный и социальный стиль жизни — включающий интеллектуальную, социальную и физическую активность — связан с лучшими когнитивными результатами при сопоставимом уровне нейропатологических изменений. Эти данные поддерживают гипотезу о том, что индивидуальные различия, в том числе, личностно опосредованные, могут способствовать формированию когнитивного и социального резерва, смягчающего последствия возрастных или дегенеративных процессов.

Результаты проведённого исследования свидетельствуют о том, что вне зависимости от степени когнитивного снижения большинство обследованных характеризуются сниженным личностным адаптационным потенциалом (ЛАП) и выраженными акцентуациями по шкалам СМИЛ. Наиболее высокие показатели выявлены по шкалам «Коррекция» (К), «Депрессия» (2 D) и «Тревожность» (7 Pt), что отражает сочетание настороженности, сензитивности и внутреннего напряжения. Повышенные значения по шкалам «Ипохондрия» (1 Hs), «Социальная интроверсия» (0 Si), «Шизофрения» (8 Sc) и «Истерия» (3 Hy) указывают на тенденцию к соматизации, замкнутости, эмоциональной ригидности и избеганию открытого выражения дистресса. Такая конфигурация личностных профилей свидетельствует о снижении стрессоустойчивости и сужении поведенческого репертуара, что типично для состояний с ограниченным адаптационным потенциалом.

Отсутствие значимых различий между пациентами с УКР и СКС по большинству личностных показателей позволяет предположить, что структура личности остаётся в целом сходной на этих стадиях, несмотря на различия в степени когнитивных затруднений. Однако общий уровень ЛАП в выборке снижен, что указывает на ограниченные ресурсы саморегуляции и зависимость адап-

тационных механизмов от внешней поддержки. Подобные данные согласуются с результатами лонгитюдных наблюдений, показавших, что изменения личности — в частности, повышение невротизма и снижение открытости — часто совпадают с переходом от когнитивного здоровья к стадии умеренных когнитивных нарушений [10].

Ряд исследований указывает на то, что повышение тревожности, раздражительности и соматизации может предшествовать манифестации деменции и рассматриваться как раннее проявление патологического процесса [3, 15]. Напротив, высокая добросовестность, экстраверсия и социальная активность ассоциированы с более медленным когнитивным снижением и лучшей адаптацией в позднем возрасте [12, 36—38]. Эти данные согласуются с предположением, что личностные черты, влияющие на стиль жизни, социальное взаимодействие и уровень вовлечённости в значимую деятельность, могут опосредованно поддерживать когнитивную устойчивость и качество адаптации.

В анализируемой выборке сочетание сниженного ЛАП с тревожно-депрессивными и ипохондрическими тенденциями отражает внутренний конфликт между потребностью в контроле и ощущением уязвимости. Такая структура личности способствует хронической адаптационной перегрузке, особенно в условиях неопределённости диагноза и прогноза, характерной для НКН. Повышенная тревожность и склонность к соматизации при ограниченных компенсаторных возможностях усиливают риск эмоциональной дезадаптации, тогда как интровертированность и сдержанность препятствуют поиску социальной поддержки.

В совокупности результаты подтверждают представление о том, что личностные особенности играют ключевую роль в формировании индивидуальных траекторий психосоциальной адаптации при когнитивных нарушениях. Они задают пределы эмоциональной регуляции, определяют восприимчивость к стрессу и опосредуют способы реагирования на неопределённость. На стадиях НКН личностная структура сохраняет относительную стабильность, но смещается в сторону тревожно-депрессивного и ипохондрического профиля, что может отражать переход от превентивных к компенсаторным формам адаптации.

Механизмы психологической адаптации при когнитивных нарушениях: результаты исследования позволяют рассматривать адаптацию пожилых людей с НКН как сложный процесс, включающий эмоциональные, личностные и когнитивные компоненты, функционирующие в условиях повышенной неопределённости. Неясность диагноза, нестабильность прогноза и непредсказуемость дальнейшего течения заболевания создают устойчивый фон тревожности и снижения чувства контроля, что подтверждается более ранними наблюдениями [19, 35]. Современные обзоры подчёркивают, что раннее выявление НКН имеет ключевое значение для профилактики деменции, а эмоциональные и поведенческие факторы входят в число модифицируемых детерминант риска [28].

Эти данные подчеркивают важность изучения эмоциональных и личностных реакций на когнитивные изменения, поскольку они могут определять, как субъективное переживание симптомов, так и траекторию дальнейшего когнитивного функционирования. В условиях когнитивной неопределённости эмоциональные реакции становятся одним из ключевых факторов, влияющих на характер адаптации. Умеренная ситуативная тревога при высоких показателях личностной тревожности может отражать длительное состояние напряжённости и настороженности, которое поддерживается неопределённостью относительно причин и возможной динамики когнитивных трудностей.

Хроническая тревога способствует формированию астенических и ипохондрических тенденций, что, в свою очередь, может негативно отражаться на эффективности когнитивной деятельности, особенно в отношении внимания и слухоречевой памяти. Эти выводы согласуются с данными о связи аффективных нарушений с субъективным восприятием когнитивного снижения [3, 34]. Кроме того, недавние исследования показывают, что у части пожилых людей с субъективными когнитивными жалобами могут выявляться специфические нарушения отдельных когнитивных доменов при сохранности глобальных нейропсихологических показателей, что указывает на неоднородность этой группы и сложность механизмов субъективного осмысления когнитивных трудностей [29]. У лиц с субъективными когнитивными жалобами тревожность и эмоциональная напряжённость нередко связаны с несоответствием между внутренним ощущением трудностей и отсутствием объективных нарушений, что формирует внутренний конфликт и усиливает переживание неопределённости [14, 34]. У пациентов с УКР, напротив, тревога часто ассоциируется с осознанием объективных дефицитов и ощущением угрозы потери автономности. Таким образом, различие между СКС и УКР проявляется не столько в выраженности эмоциональных реакций, сколько в их направленности: при СКС тревожность отражает обеспокоенность, при УКР — реалистическое осознание ограничений. Эти различия можно рассматривать через призму концепции совладающего поведения. По результатам первой части исследования, пациенты с УКР чаще используют пассивные и эмоционально-фокусированные копинг-стратегии («бегство-избегание», «самообвинение»), тогда как лица с СКС демонстрируют более разнообразные, но менее устойчивые формы совладания.

Сочетание тревожности, депрессивных тенденций и сниженного адаптационного потенциала может ограничивать использование конструктивных стратегий, таких как поиск поддержки и планирование действий. Аналогичные выводы представлены в мета-анализе [11], где показано, что эффективность когнитивных вмешательств при УКР частично обусловлена их влиянием на эмоциональные и мотивационные компоненты,

а не только на когнитивные функции. Личностные факторы, в частности высокий уровень невротизма, интровертированность и ипохондрические установки, могут усиливать склонность к фиксации на симптомах и избеганию активности, тогда как добросовестность, открытость и социальная вовлечённость — напротив, способствуют сохранению адаптационного ресурса. Эти данные согласуются с концепцией когнитивного и социального стиля жизни [6], в рамках которой активное участие в интеллектуальной и межличностной деятельности рассматривается как фактор устойчивости к возрастным когнитивным изменениям.

Таким образом, адаптационные трудности при НКН могут рассматриваться не только как следствие когнитивных ограничений, но и как результат взаимодействия личностных, эмоциональных и ситуационных факторов. Неопределённость болезни выполняет роль стрессора, активирующего тревожные и защитные реакции, а их эффективность зависит от исходного уровня адаптационного потенциала. Снижение ЛАП, выявленное в выборке, отражает ограниченные возможности внутренней регуляции и повышенную зависимость от внешних ресурсов — социальной поддержки, ясной информации о состоянии и эмоционального сопровождения.

В этом контексте психосоциальная адаптация пожилых пациентов с НКН может быть понята как динамическое равновесие между внутренней стабильностью личности и внешними требованиями неопределённой ситуации. Эффективность адаптации определяется способностью сохранять смысловую связанность и чувство контроля, несмотря на когнитивные ограничения. Понимание этих механизмов открывает перспективы для разработки психологических программ, направленных на поддержку эмоциональной устойчивости, повышение осознанности и формирование адаптивных копинг-стратегий на ранних этапах когнитивного снижения.

Заключение. Когнитивные функции являются важным компонентом психосоциальной адаптации в позднем возрасте, однако уровень адап-

тационного потенциала у большинства пожилых людей с НКН остаётся сниженным вне зависимости от того, носят ли их когнитивные жалобы субъективный или объективно подтверждённый характер. Полученные данные указывают, что успешность выполнения нейропсихологических тестов не является единственным определяющим фактором адаптации. Для этой группы характерно сочетание хронической тревожности и заострённых личностных черт, что отражает эмоциональную уязвимость и трудности в регуляции внутреннего напряжения.

Эмоциональные и личностные особенности пациентов с субъективными и объективными когнитивными нарушениями во многом сходны и, возможно, предшествуют клиническим изменениям, отражая ранние проявления процесса дезадаптации. Осознание неопределённости диагноза и исходов заболевания вероятно представляет собой дополнительный стрессор, усугубляющий тревожность и ограничивающий гибкость адаптивных механизмов. Учет этих факторов может способствовать более точной психологической диагностике и разработке направленных стратегий поддержки пожилых людей с когнитивными нарушениями.

Ограничения исследования. Исследование имело кросс-секционный дизайн, что не позволяет проследить динамику эмоционально-личностных характеристик по мере прогрессирования когнитивных нарушений, включая переход от субъективных когнитивных жалоб к УКР. Выборка включала пациентов, обратившихся за специализированной психиатрической помощью и соответствовавших критериям включения. Участие в исследовании предлагалось всем пациентам, подходящим по заданным критериям, при этом включались лица, давшие информированное согласие. Выборка характеризуется относительно высоким уровнем образования и сходным социально-экономическим статусом, что может указывать на сохранность критичности к своему состоянию и ограничивает возможность экстраполяции полученных результатов на более широкую популяцию пожилых людей с НКН.

Литература / References

1. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. *Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). Методические рекомендации.* СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева; 2003. Biziuk A.P., Vasserman L.I., Iovlev B.V. *Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti (ITT). Metodicheskie rekomendatsii.* SPb.: Izd-vo NIPNI im. V.M. Bekhtereva; 2003. (In Russ.).
2. Тарабрина Н.В. *Практикум по психологии посттравматического стресса.* СПб.: Питер; 2001. Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa.* SPb.: Piter; 2001. (In Russ.).
3. Alegret M, Rodríguez O, Espinosa A, et al. *Concordance between Subjective and Objective Memory Impairment in Volunteer Subjects.* J Alzheimers Dis. 2015;48(4):1109-1117. <https://doi.org/10.3233/JAD-150594>
4. Balsis S, Carpenter BD, Storandt M. *Personality change precedes clinical diagnosis of dementia of the Alzheimer type.* J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2005;60(2):98-101. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.2.p98>
5. Beck AT, Steer RA. *Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory.* Journal of Clinical Psychology. 1984;40(6):1365-1367. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198411\)40:6<1365::AID-JCLP2270400615>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198411)40:6<1365::AID-JCLP2270400615>3.0.CO;2-D)

6. Bennett DA, Arnold SE, Valenzuela MJ, Brayne C, Schneider JA. Cognitive and social lifestyle: links with neuropathology and cognition in late life. *Acta Neuropathologica*. 2014;127:137–150.
<https://doi.org/10.1007/s00401-013-1226-2>
7. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *Journal of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 2003;58(3):249–265.
<https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.m249>
8. Blix E, Perski A, Berglund H, Savic I. Long-term occupational stress is associated with regional reductions in brain tissue volumes. *PLoS One*. 2013;8(6):e64065.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064065>
9. Caselli RJ, Dueck AC, Locke DE, et al. Impact of Personality on Cognitive Aging: A Prospective Cohort Study. *J Int Neuropsychol Soc*. 2016;22(7):765–776.
<https://doi.org/10.1017/S1355617716000527>
10. Caselli RJ, Langlais BT, Dueck AC, et al. Personality changes during the transition from cognitive health to mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2018;66(4):671–678.
<https://doi.org/10.1111/jgs.15182>
11. Chandler MJ, Parks AC, Marsiske M, Rotblatt LJ, Smith GE. Everyday impact of cognitive interventions in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*. 2016;26(3):225–251.
<https://doi.org/10.1007/s11065-016-9330-4>
12. Chatterjee A, Strauss ME, Smyth KA, Whitehouse PJ. Personality changes in Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*. 1992;49(5):486–491.
<https://doi.org/10.1001/archneur.1992.00530290070014>
13. Chen C, Hu Z, Jiang Z, Zhou F. Prevalence of anxiety in patients with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2018;236:211–221.
[doi: 10.1016/j.jad.2018.04.110](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.110)
14. Clare L, Whitaker CJ, Nelis SM, et al. Multidimensional assessment of awareness in early-stage dementia: a cluster analytic approach. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2011;31(5):317–327.
[doi: 10.1159/000327356](https://doi.org/10.1159/000327356)
15. Copeland MP, Daly E, Hines V, Mastromauro C, Zaitchik D, Gunther J, Albert M. Psychiatric symptomatology and prodromal Alzheimer's disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. 2003;17(1):1–8.
<https://doi.org/10.1097/00002093-200301000-00001>
16. Dawson DV, Welsh-Bohmer KA, Siegler IC. Premorbid personality predicts level of rated personality change in patients with Alzheimer's disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. 2000;14(1):11–19.
<https://doi.org/10.1097/00002093-200001000-00002>
17. 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>
18. 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](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
19. Gomersall T, Smith SK, Blewett C, Astell A. “It's definitely not Alzheimer's”: perceived benefits and drawbacks of a mild cognitive impairment diagnosis. *British Journal of Health Psychology*. 2017;22(4):786–804.
<https://doi.org/10.1111/bjhp.12255>
20. Han PKJ, Klein WMP, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Medical Decision Making*. 2011;31(6):828–838.
<https://doi.org/10.1177/0272989X11393976>
21. 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
22. Jessen F, Amariglio RE, van Boxtel M, et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2014;10(6):844–852.
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.01.001>
23. Jovanovic H., Perski A., Berglund H., Savic I. Chronic stress is linked to 5-HT1A receptor changes and functional disintegration of the limbic networks. *NeuroImage*. 2011;55(3):1178–1188.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.12.060>
24. 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>
25. Kleineidam L, Wagner M, Guski J, et al. Disentangling the relationship of subjective cognitive decline and depressive symptoms in the development of cognitive decline and dementia. *Alzheimer's & Dementia*. 2023;19(5):2056–2068.
<https://doi.org/10.1002/alz.12785>
26. Krivanek TJ, Gale SA, McFeeley BM, Nicastrì CM, Daffner KR. Promoting successful cognitive aging: a ten-year update. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2021;81(3):871–920.
<https://doi.org/10.3233/JAD-201462>
27. Liew TM. Subjective cognitive decline, anxiety symptoms, and the risk of mild cognitive impairment and dementia. *Alzheimers Res Ther*. 2020;12(1):107.
<https://doi.org/10.1186/s13195-020-00673-8>
28. 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)

29. López-Higes R, Rubio-Valdehita S, López-Sanz D, Fernandes SM, Rodrigues PFS, Delgado-Losada ML. Cognitive Performance Among Older Adults with Subjective Cognitive Decline. *Geriatrics (Basel)*. 2025;10(2):39. <https://doi.org/10.3390/geriatrics10020039>
30. Lucassen PJ, Pruessner J, Sousa N, et al. Neuropathology of stress. *Acta Neuropathol*. 2014;127(1):109–135. <https://doi.org/10.1007/s00401-013-1223-5>
31. Ma L. Depression, anxiety, and apathy in mild cognitive impairment: current perspectives. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2020;12:9. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.00009>
32. Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image J Nurs Sch*. 1988;20(4):225–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
33. 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. *Am J Epidemiol*. 2004;160(8):797–807. <https://doi.org/10.1093/aje/kwh288>
34. Pavel A, Paun R, Mihalcea M, Dutu I, Tudose C. Cognitive differences in subjective cognitive decline with and without associated worry. *Maedica (Bucarest)*. 2022;17(4):771–776. <https://doi.org/10.26574/maedica.2022.17.4.771>
35. 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>
36. Pocnet C, Rossier J, Antonietti JP, von Gunten A. Personality traits and behavioral and psychological symptoms in patients at an early stage of Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013;28(3):276–283. <https://doi.org/10.1002/gps.3822>
37. Siegler IC, Welsh KA, Dawson DV, et al. Ratings of personality change in patients being evaluated for memory disorders. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. 1991;5(4):240–250. <https://doi.org/10.1097/00002093-199100540-00003>
38. Siegler IC, Dawson DV, Welsh KA. Caregiver ratings of personality change in Alzheimer's disease patients: a replication. *Psychology and Aging*. 1994;9(3):464–466. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.9.3.464>
39. Sun M, Zhang Q, Han Y, Liu J. Sleep Quality and Subjective Cognitive Decline among Older Adults: The Mediating Role of Anxiety/Depression and Worries. *J Aging Res*. 2024;2024:4946303. <https://doi.org/10.1155/2024/4946303>
40. Wechsler D. *The Wechsler Memory Scale-Revised*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1987.
41. 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>
42. Yan Y, Xiang H, Wang M, et al. Effects of depression and cognitive impairment on increased risks of incident dementia: a prospective study from three elderly cohorts. *Transl Psychiatry*. 2024;14(1):427. <https://doi.org/10.1038/s41398-024-03125-1>

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, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. E-mail: astragothic@gmail.com

Щелкова Ольга Юрьевна — д.пс.н., профессор, заведующая кафедрой медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО СПбГУ (Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9), старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: Olga.psy.ru@mail.ru

Залуцкая Наталья Михайловна — к.м.н., 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 30.10.2026

Date of publication 30.10.2026