

О.А. Осипова¹, Е.В. Гостева¹, Ю.О. Шахунова¹, Н.И. Ключников², П.Г. Осипов¹,
В.И. Федотов¹, С.Ю. Попов¹

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И СПОСОБНОСТЬ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИНИМАТЬ РЕШЕНИЯ

¹ Белгородский государственный национальный исследовательский университет, 308015, Белгород, ул. Победы, 85, e-mail: osipova_75@inbox.ru; ² Автономная некоммерческая образовательная организация высшего образования «Институт социального образования», 394033, Воронеж, ул. Ленинградская, 62

Медицинские и юридические специалисты сталкиваются с проблемой оценки дееспособности и возможности принимать медицинские, юридические и финансовые решения у пациентов с деменцией. В то время, как традиционно оценивали способность к сложным рассуждениям и выполнению непростых функций, исследования показали, что мотивационные и метакогнитивные процессы также важны. Поскольку число пациентов с деменцией, как ожидается, возрастет в ближайшие несколько десятилетий, необходимо понимание механизмов нарушения процесса принятия решений. Врачи, которые лечат пожилых людей, должны знать, какие задачи по принятию решений в области здравоохранения являются наиболее сложными для их пациентов, чтобы максимально улучшить способность принимать решения, когда это возможно. Для людей, страдающих деменцией, необходимы более четкие критерии определения медицинской и юридической дееспособности. Различные уровни нарушений способности принимать решения не являются линейными. Необходим баланс поддержки и расширения прав и возможностей, а также повышение осведомленности населения. Для пациентов с риском развития нарушений дееспособности следует заранее определить круг лиц, принимающих решения, которые будут наилучшим образом соответствовать интересам пациента.

Ключевые слова: *пожилой пациент, деменция, принятие решений, дееспособность, качество жизни, этика, закон, когнитивные нарушения*

Способность принимать решения — это многофакторный умственный процесс, который включает четыре уровня: 1) понимание — это способность получать, хранить и вспоминать информацию; 2) оценка значения соответствующей информации и ее применение к своей ситуации или состоянию; 3) рассуждение — это построение причинно-следственных связей; 4) выбор плана действия и последовательное его выполнение до достижения цели. Любое отклонение на каком-либо из этих уровней ухудшает принятие решений [21]. Эти трудности

усугубляются в случаях прогрессирующих когнитивных нарушений [5, 23].

Принятие решения — это процесс выбора наиболее подходящего действия из возможных. Определение надлежащего ряда действий включает различные когнитивные процессы: выбор цели, мотивацию для достижения этой цели, взвешивание вероятных последствий различных вариантов и определение того, какие ожидаемые последствия лучше всего соответствуют этим целям [9]. Это не статичный процесс — цели могут меняться в разные моменты, как и вероятность разных результатов выбранных действий. Наконец, несколько целей могут присутствовать одновременно, так что нужно выбирать действия, которые достигают одних целей и в то же время препятствуют принятию решений, которые максимизируют другие конкурирующие цели. Эти способности получили общее название исполнительных функций [15]. Было предложено множество моделей исполнительных функций, в том числе те, которые сосредоточены на избирательном внимании, рабочей памяти [16], на нисходящей модуляции или контроле [13], на выборе и выполнении целенаправленного поведения и на контекстно-зависимых воспоминаниях о действиях и ответах или на структурировании событийных комплексов [24].

Потеря инициации может привести к клиническим синдромам апатии, абулии и акинетическому мутизму. Эти синдромы вызывают потерю целенаправленного поведения, что приводит к неспособности принимать решения в повседневной жизни. Важно поддержание способности к целенаправленному поведению в течение долгого времени. Это включает концепцию избирательного внимания и бдительности, а также контроля над конфликтующими, более автоматическими или стандарт-

ными реакциями [22]. В задачи входит выбор соответствующей реакции на стимул с учетом целей человека. Необходимо обучение соответствующей реакции на стимул, изменение реакции при смене фокуса цели задачи (изменение установки) и подавление реакций, которые больше не нужны (торможение реакции).

Эти процессы тесно связаны с концепцией рабочей памяти, которая включает поиск, хранение и манипулирование информацией, необходимой для принятия решений [11]. Наконец, мониторинг относится к процессу проверки ошибок в выполнении задачи [18]. Это также включает переориентацию внимания на неожиданные стимулы. Пациенты с нарушением мониторинга не меняют своего поведения в ответ на неадекватные результаты и могут утратить способность сопоставлять внутренние ожидания с внешней реальностью [30].

В каждой теории более широкая модель исполнительской функции может быть дополнительно разделена на конкретные процессы. Процессы исполнительской функции включают, например, инициацию, волю и возбуждение, рабочую память, избирательное внимание, переключение установок, постановку и выполнение задач, подавление реакции, мониторинг, обнаружение значимости и контроль конфликта [30].

Большинство пациентов с легкой формой деменции могут участвовать в принятии медицинских решений, как определено правовыми стандартами, хотя нарушения памяти могут ограничивать демонстрацию понимания информации [24]. Деменция может создавать трудности для понимания диагностической и лечебной информации и для рассуждений, особенно для одновременного сравнения альтернатив в свете последствий. Однако большинство людей с легкой деменцией могут участвовать в принятии решений, как это определено правовыми стандартами компетентности, и их следует поощрять к этому, возможно с помощью стратегий для компенсации проблем с вербальным припоминанием, сложной одновременной обработкой и преднамеренным планированием. При оценке рассуждений может быть наиболее полезным провести человека через процесс рассуждений, сначала узнав о социальном и ситуативном контексте решения о медицинском обслуживании, а затем спросив о последствиях альтернатив лечения для этих контекстов. Правовые стандарты способности давать согласие на лечение вызывают ряд вопросов у практикующего врача [24].

Пожилые люди с деменцией подвержены риску снижения способности принимать решения. Врачи,

которые лечат пожилых людей, должны знать, какие задачи по принятию решений в области здравоохранения являются наиболее сложными для таких пациентов, чтобы максимально увеличить способность принимать решения, когда это возможно [12].

В то время как на ранних стадиях заболевания различные типы деменции могут нарушать определенные когнитивные процессы, такие как память, речь, поведение или исполнительные функции, все типы деменции могут нарушать процесс принятия решений [2]. Поскольку число пациентов с деменцией, как ожидается, возрастет в ближайшие несколько десятилетий, необходимо понимание того, как у пациентов данной категории нарушается процесс принятия решений [3, 10].

Изучение принятия решений у неврологических пациентов часто фокусировалось на дефиците рассуждений и исполнительных функций. Тем не менее, исследования нейронной основы принятия решений показали, что многие другие нейропсихологические процессы способствуют принятию решений в различных контекстах, в том числе те, которые важны для мотивации, связанной с вознаграждением и наказанием, а также во время мониторинга когнитивных нарушений при метапознании [30].

Исследователи обнаружили, что почти у $1/10$ взрослых с деменцией были нарушены способности принимать решения при первоначальном осмотре, через 9 мес те же нарушения наблюдали примерно у $1/4$. Эти показатели ниже, чем в других исследованиях, включая амбулаторных пациентов с деменцией и пациентов, находящихся на длительном лечении. Эти результаты показывают, что четко сообщенный выбор лечения пациента сам по себе не способствует дееспособности. Кроме того, оценка или доверие к диагностической и лечебной информации может быть нарушена реже у людей с деменцией, чем у психически больных [19]. На самом деле, пожилые непсихиатрические пациенты, скорее, соглашались с врачами, чем не доверяют им.

Большая часть исследований в области социальной нейробиологии человека была сосредоточена на проблеме принятия решений. Нарушение принятия решений является симптоматическим признаком ряда нейродегенеративных заболеваний, но природа этого дефицита зависит от конкретного заболевания. Таким образом, изучение качественных различий в нарушениях принятия решений, связанных с различными нейродегенеративными заболеваниями, может предоставить ценную информацию о нейронной основе принятия решений.

Обычно когнитивные области, которые, по-видимому, предсказывают способность принимать решения, включают эпизодическую память, конформационное название, рабочую память и исполнительную функцию [7]. Исследования показали влияние дефицита эпизодической памяти, исполнительных функций, вербальной памяти и фонематической беглости на область понимания [27].

Сообщали, что дефицит рабочей памяти, скорости обработки и эпизодической памяти связан с нарушением в области оценки. Кроме того, изменения в рассуждениях были связаны с нарушениями исполнительной функции, эпизодической памяти и экспрессивной речи. И наоборот, в нескольких исследованиях изучали взаимосвязь способности принимать решения и клинических переменных болезни Альцгеймера (БА). В исследовании с небольшой выборкой обнаружено, что понимание, оценка и рассуждение коррелируют друг с другом, но выражение выбора не коррелирует с другими способностями. Кроме того, способность принимать решения была связана с когнитивными нарушениями и другими клиническими дефицитами БА, такими как функциональный уровень или осведомленность о болезни [30].

Инструмент оценки компетентности для лечения МакАртура — The MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T) — представляет собой полуструктурированное интервью о симптомах респондента, диагнозе, вариантах лечения, рисках и преимуществах, а также альтернативных методах лечения. Инструмент включает пункты, оценивающие понимание, оценку, рассуждение и выбор плана действия. Раздел *Понимание* подразделяется на *Понимание—расстройство*, *Понимание—лечение* и *Понимание—преимущества/риски лечения*. В этом разделе также оценивают, может ли респондент перефразировать только что предоставленную информацию. Если у респондента нет четкого понимания информации, интервьюер может повторить этот шаг. В разделе *Оценка* выясняют, может ли респондент применить информацию к своему контексту (оценка расстройства) и может ли он понять возможные преимущества лечения (оценка лечения). В разделе *Рассуждение* оценивают, может ли респондент определить какие-либо последствия альтернатив лечения (последовательное рассуждение), сравнить альтернативы (сравнительное рассуждение) и описать другие последствия, ранее не предложенные интервьюером (порождающие последствия). В этом разделе также оценивают логическую не-

противоречивость его выбора. В разделе *Выбор плана действия* респонденты должны отдать предпочтение одному из вариантов лечения.

Различные уровни нарушений способности принимать решения указывают на то, что картина нарушений не является линейной и, скорее всего, первичные нарушения связаны с дефицитами понимания и рассуждения. Более того, каждая способность принимать решения может быть связана с различными когнитивными и клиническими нарушениями, вызванными болезненным процессом [18]. Таким образом, можно предположить, что когнитивное функционирование является недостаточным критерием для оценки способности человека принимать решения.

Этот анализ продемонстрировал связь дефицита понимания и нарушения осведомленности о болезни, более низких, по самооценке, качества жизни и понимания разговорной речи. Это открытие предполагает, что люди с сохраненной осведомленностью о болезни, как правило, лучше понимают причины своих решений. Наша выборка в основном состояла из пациентов с БА и легким нарушением сознания. Исследования показывают, что люди, знающие о своем заболевании, как правило, частично или полностью компетентны в принятии решений о своем лечении. Тем не менее, в нескольких исследованиях изучали взаимосвязь осведомленности и способности принимать решения о лечении [4, 17].

Выявлено, что лучшее восприятие было связано с пониманием разговорной речи по шкале оценки БА. Этот результат согласуется с выводом о том, что понимание — это способность, которая больше всего зависит от глобального когнитивного функционирования, в частности от языка и когнитивной гибкости. S. Stormoen и соавт. в 2014 г. определили, что языковая функция является наиболее важным предиктором способности принимать решения. Оценка принятия решения включает задачи, основанные на устном и письменном представлении информации и взаимодействии пациента с БА и медицинского работника. Во время выполнения заданий пациент должен осознавать, систематизировать и вызывать в памяти преимущества и риски принятия лечения, а также устно указать на выбор [29].

Кроме того, трудности в понимании были связаны с более низким качеством жизни, о котором сообщают сами пациенты. Возможно, это связано с сохранением понимания особенностей и прогноза заболевания. Клинически этот момент подчеркивает необходимость баланса поддержки,

расширения прав и возможностей, а также баланса повышения осведомленности и возможности причинения вреда [18, 20].

Обнаружено, что трудности с принятием решения у пациентов связаны с дефицитом подэлемента ориентации по шкале оценки БА и пожилым возрастом. Время и пространственная ориентация, как правило, способствуют оценке и осмыслению фрагментов информации или ориентации. Кроме того, пожилым людям может быть сложнее оценить и разработать рациональный процесс в отношении альтернатив. Таким образом, люди с трудностями ориентации склонны неправильно оценивать применимость информации, касающейся их повседневной активности. Связь между оценкой принятия решения и возрастом может быть обусловлена уменьшением стимулов. Обычно у людей с БА меньше потребностей, они менее активны интеллектуально, хуже ориентированы во времени и месте по шкале оценки БА и, тем самым, имеют недостаточное объективное суждение для понимания и решения конкретной задачи [29].

Взаимосвязь дефицита рассуждений и выражения выбора с более низким качеством жизни показывает, что БА — это больше, чем просто когнитивное расстройство, поскольку люди с этим заболеванием вовлечены в различные социальные среды, и их решения существуют в определенном контексте. Качество жизни при деменции включает когнитивные функции, активную физическую активность, социальное взаимодействие и психологическое благополучие [27]. S. Lеррег и соавт. [18] обобщили заявленные предпочтения пациентов с деменцией, обнаружив, что люди с ограниченными возможностями предпочитают точные, безболезненные и удобные диагностические процедуры без радиоактивных маркеров, а также сопровождение опекуна. Установлено, что для пациентов с нарушением памяти важными являются хорошее качество жизни, самоэффективность и отсутствие депрессии.

Исследование установило двунаправленную связь более низкого настроения и уровня функциональности, недостаточной осведомленности о болезни и снижения функциональности, а также то, что все эти переменные были связаны с самооценкой качества жизни. Дальнейшие исследования с использованием модели анализа пути могли бы лучше прояснить взаимосвязь рассуждений, выбора плана действия и самооценки качества жизни [16].

В исследовании J. Моуе и соавт. [23] изучали показатели и нейропсихологические предикторы

принятия решений о лечении или способности давать согласие у пожилых людей с деменцией в течение 9 мес с использованием стандартизированных инструментов оценки компетентности для лечения МакАртура — обработка четырех правовых стандартов способностей (понимание, оценка, рассуждение и выбор плана действия) и нейропсихологическая батарея. Определено, что в группе с деменцией изначально имели нарушенную способность дать согласие на лечение 9,4%, и это нарушение через 9 мес имели 26,4%. Снижение способности в течение 9 мес связано с дальнейшим ухудшением рассуждения у данной категории пациентов. Доказано, что у некоторых пациентов с легкой или умеренной деменцией в течение года развивается клинически значимое нарушение способности давать согласие. У взрослых с легкой или умеренной деменцией эту способность следует периодически переоценивать, чтобы убедиться, что она адекватна для каждой конкретной ситуации информированного согласия. Вмешательства для максимизирования *Понимания* и *Рассуждения*, поддерживая название, память и гибкость, могут помочь оптимизировать способность у этой группы пациентов.

Предыдущие исследования показали [14, 19], что проблемы с запоминанием информации после короткой задержки, определением языка для запоминаемых элементов и переключением между данными элементами лучше всего могут спрогнозировать снижение способности. Особого внимания заслуживают пациенты, у которых есть проблемы с наименованием, отсроченной памятью и гибкостью. Предполагается, что они будут иметь нарушения в большей степени при принятии решений.

Все пациенты с деменцией [25] продемонстрировали четкий выбор лечения, и почти все выразили доверие и веру во врача, но не все эти пациенты на самом деле могли продемонстрировать адекватное понимание и обоснование диагностической и лечебной информации. В течение 9 мес у пациентов с деменцией снизилась способность принимать решения, в первую очередь из-за ухудшения навыка рассуждения. Таким образом, несмотря на открытое подтверждение выбора лечения и согласия с врачом, способность дать согласие должна быть непосредственно оценена и переоценена с течением времени.

Самоосознание когнитивных, эмоциональных и мотивационных ограничений позволяет пациенту правильно определять ситуации, в которых принятие решений может быть нарушено. Осознание своих когнитивных ограничений иногда назы-

вают метапознанием, а потерю этого осознания у неврологических пациентов — анозагнозией [30]. Метапознание — важный практический навык, который позволяет пациенту так адаптировать свое поведение, чтобы события, связанные с нарушением принятия решений, происходили реже. Метапознание можно оценить, сравнивая самооценку с оценками когнитивных способностей лиц, осуществляющих уход, или сравнивая самооценку с фактическими результатами когнитивного тестирования. Были разработаны различные задачи для измерения компонентов метапознания, включая легкость знания, чувство знания, суждение о знании и ретроспективные рейтинги достоверности. Было показано, что у пациентов с большинством типов деменции, включая БА и лобно-височную, нарушено метапознание. Его нарушение коррелирует со структурными и функциональными аномалиями мозга в частях лобной доли, важных для мониторинга выполнения задачи, и может особенно затрагивать правую лобную и правую переднюю островковую области [26]. Наконец, потеря метапознания может быть связана с нарушением функциональной связи между этими областями и теми, которые отвечают за память или другие когнитивные способности [28].

Навык принимать финансовые решения можно определить, как «способность распоряжаться деньгами и финансовыми активами способами, которые удовлетворяют потребности человека и соответствуют его/ее ценностям и личным интересам». Процесс можно оценить с помощью структурированных инструментов, направленных как на процедурные аспекты, так и на аспекты принятия решений в области финансового управления. Способность принимать финансовые решения связана с выполнением письменных арифметических и исполнительных функций. Кроме того, атрофия левой угловой извилины связана со снижением финансовых способностей. Нейропсихологические факторы риска финансовой эксплуатации или финансового злоупотребления у лиц с деменцией специально не рассматривались, хотя они могут включать аномальное доверие к незнакомцам в дополнение к исполнительной дисфункции.

Определение дееспособности в других контекстах, таких как голосование и владение оружием, было менее стандартизировано, но следует той же логике, что и оценка способности к информированному согласию и финансовым решениям. У пациентов с риском развития нарушений дееспособности следует заранее определить круг лиц, принимаю-

щих решения [6]. Медицинская доверенность — это медицинская форма для назначения лица, принимающего решения, связанные со здравоохранением, в то время как долговременная доверенность также может помочь в других типах юридических и финансовых решений [1]. В случае, если у пациента нет возможности заполнить форму медицинской доверенности или выбрать постоянную доверенность, может потребоваться длительный юридический процесс назначения опеки и/или попечительства. В других ситуациях нуклеарная семья пациента выступает в качестве суррогатного лица, принимающего решения, учитывая их уникальное знание предпочтений пациента и прецедент общего права, когда члены семьи назначаются суррогатными лицами, принимающими решения [8]. Этим лицам следует рекомендовать принимать решения, соответствующие выраженным пожеланиям, ценностям или предпочтениям пациента и отвечающие наилучшим интересам пациента.

Заключение

Классически закон оценивает способность субъекта принимать решения на основе его способности рассуждать о потенциальных последствиях и альтернативах выбора. Тем не менее, исследования показали, что принятие решений является сложным процессом, который зависит от множества различных исполнительных функций. Более того, различные типы выбора будут включать эти процессы в разной степени. Классические нейропсихологические тесты по различным традиционным когнитивным областям, таким как язык, память и исполнительные функции, могут не оценивать процессы, необходимые для принятия важных решений. Поэтому задачи по исследованию других нейропсихологических процессов должны быть включены в оценку лиц с деменцией, где рассматривается определение дееспособности. Пожилые люди с деменцией подвержены риску снижения способности принимать решения. Врачи, которые лечат пожилых людей, должны знать, какие задачи принятия решений в области здравоохранения являются наиболее сложными для таких пациентов, чтобы максимально повысить способность принимать решения, когда это возможно.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература

1. Газимагомедова П.К., Вартанова М.Л. Медико-социальные проблемы пожилых людей и пути их решения // Естественно-гуманитарные исследования. 2020. № 32 (6). С. 106–113.

2. Гришина Д.А., Локшина А.Б., Соколов Е.А. Ведение пациентов с когнитивными нарушениями в пожилом возрасте // Неврол., нейропсихиат., психосом. 2024. Т. 16, № 6. С. 118–124.
3. Ильинский А.Н., Белоусов Н.И., Осипова О.А., Фесенко Э.В. Научные исследования в области геронтологии и гериатрии в десятилетие здорового старения (2021–2030) // Врач. 2021. Т. 32, № 6. С. 5–8.
4. Махкамова З.Р., Санина Г.Н., Заурова М.Б. и др. Болезнь Альцгеймера как медико-социальная проблема современного общества // Modern Sci. 2021. № 10–2. С. 209–217.
5. Мякотных В.С., Сиденкова А.П., Мещанинов В.Н. Когнитивные расстройства позднего возраста // University Ther. J. 2021. Т. 3, № 4. С. 61–75.
6. Пянькин А.В. К вопросу об элементах гражданской дееспособности // Вестн. науки. 2023. Т. 3, № 12 (69). С. 491–495.
7. Сапосник Г., Джонстон С.К. Принятие решений при остром инсульте. Берем уроки нейроэкономики, нейромаркетинга и учимся у игроков в покер // Журн. Национальной ассоциации по борьбе с инсультом. 2018. № 3 (35). С. 85–94.
8. Слободенюкова А.О., Сабирьянова Е.С. Комплексный подход к реабилитации лиц пожилого возраста после ишемического инсульта в поздний восстановительный период // В сб.: Проблемы и перспективы организации физиологического сопровождения занятий спортом и физической культурой. Челябинск, 2022. С. 235–237.
9. Чернов А.В., Щетинина Н.А., Негребецкий В.А. Особенности психологического дефицитарного профиля пожилых пациентов с возраст-ассоциированной коморбидной кардиопатологией // Науч. результаты биомед. исследований. 2023. Т. 9, № 4. С. 557–569. <https://doi.org/10.18413/2658-6533-2023-9-4-0-10>
10. Якушин М.А., Карпова О.В., Кабаева Е.Н. и др. Инновационная технология лечения когнитивных расстройств // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории мед. 2024. Т. 32, № 2. С. 1195–1201.
11. Baddeley A. Working memory: theories, models, and controversies // Ann. Rev. Psychol. 2012. Vol. 63. P. 1–29. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100422>
12. Darby R.R., Dickerson B.C. Dementia, decision-making, and capacity // Harv. Rev. Psychiat. 2017. Vol. 25 (6). P. 270–278.
13. Dourado M.C.N., Santos R.L., Fischer A., Mograbi D.C. Modeling quality of life in Alzheimer disease: the impact of cognitive, functional, and mood variables in self and carers' perceptions // J. Geriatr. Psychiat. Neurol. 2021. Vol. 34. P. 668–667.
14. Dymek M.P., Atchison P., Harrell L., Marson D.C. Competency to consent to medical treatment in cognitively impaired patients with Parkinson's disease // Neurology. 2001. Vol. 56. P. 17–24. <https://doi.org/10.1212/wnl.56.1.17>
15. Gambina G., Bonazzi A., Valbusa V. et al. Awareness of cognitive deficits and clinical competence in mild to moderate Alzheimer's disease: their relevance in clinical practice // Neurol. Sci. 2014. Vol. 35. P. 385–390.
16. Gazzaley A., D'Esposito M. Unifying prefrontal cortex function: Executive control, neural networks, and top-down modulation // Hum. Front. Lobes Funct. Disord. 2007. Vol. 2. P. 187–206.
17. Kiriaev O., Chacko E., Jurgens J.D. et al. Should capacity assessments be performed routinely prior to discussing advance care planning with older people? // Int. Psychogeriatr. 2018. Vol. 30. P. 1243–1250.
18. Lepper S., Rädke A., Wehrmann H. et al. Preferences of cognitively impaired patients and patients living with dementia: a systematic review of quantitative patient preference studies // Alzheimers Dis. 2020. Vol. 77. P. 885–901.
19. Marson D.C., Chatterjee A., Ingram K.K., Harrell L.E. Toward a neurologic model of competency: cognitive predictors of capacity to consent in Alzheimer's disease using three different legal standards // Neurology. 1996. Vol. 46. P. 666–672. <https://doi.org/10.1212/wnl.46.3.666>
20. Mesulam M.-M. Principles of Frontal Lobe Function. Oxford: Oxford University Press, 2002. P. 8–30.
21. Miller E.K., Cohen J.D. An integrative theory of prefrontal cortex function // Ann. Rev. Neurosci. 2001. Vol. 24. P. 167–202. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.24.1.167>
22. Moya J., Karel M.J., Azar A.R., Gurrera R.J. Capacity to consent to treatment: empirical comparison of three instruments in older adults with and without dementia // Gerontologist. 2004. Vol. 44, № 2. P. 166–175. <https://doi.org/10.1093/geront/44.2.166>
23. Moya J., Karel M.J., Gurrera R.J., Azar A.R. Neuropsychological predictors of decision-making capacity over 9 months in mild-to-moderate dementia // J. Gen. Intern. Med. 2006. Vol. 21, № 1. P. 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00288.x>
24. Novelli M.M., Nitrini R., Caramelli P. Validation of the Brazilian version of the quality of life scale for patients with Alzheimer disease and their caregivers // Aging Ment. Hlth. 2010. Vol. 14. P. 624–631.
25. Perrotin A., Desgranges B., Landeau B. et al. Anosognosia in Alzheimer disease: Disconnection between memory and self-related brain networks // Ann. Neurol. 2015. Vol. 78. P. 477–486.
26. Posner M.I. Orienting of attention // Q. J. Exp. Psychol. 2002. Vol. 32. P. 3–25.
27. Rosen H.J., Alcantar O., Zakrzewski J. et al. Metacognition in the behavioral variant of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease // Neuropsychology. 2014. Vol. 28. P. 436–447.
28. Santos R.L., Sousa M.F., Simões J.P. et al. MacArthur competence assessment tool for treatment in Alzheimer disease: cross-cultural adaptation // Arq. Neuropsiquiatr. 2017. Vol. 75. P. 36–43.
29. Stormoen S., Almkvist O., Eriksdotter M. et al. Cognitive predictors of medical decision-making capacity in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease // Int. J. Geriatr. Psychiat. 2014. Vol. 29. P. 1304–1311.
30. Wilson R.S., Sytsma J., Barnes L.L., Boyle P.A. Anosognosia in Dementia // Curr. Neurol. Neurosci. Rep. 2016. Vol. 16. P. 77.

Поступила в редакцию 18.03.2025

После доработки 01.04.2025

Принята к публикации 07.04.2025

Adv. geront. 2025. Vol. 38, № 3. P. 352–358

O.A. Osipova¹, E.V. Gosteva¹, Yu.O. Shakhunova¹, N.I. Klyushnikov²,
P.G. Osipov¹, V.I. Fedotov¹, S.Yu. Popov¹

COGNITIVE IMPAIRMENTS AND DECISION-MAKING ABILITIES IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

¹ Belgorod National Research University, 85 Pobedy str., Belgorod 308015,
e-mail: osipova_75@inbox.ru; ² Autonomous Non-Profit Educational Organization of Higher
Education «Institute of Social Education», 62 Leningradskaya str., Voronezh 394033

Medical and legal professionals face the challenge of assessing capacity and ability to make medical, legal and financial decisions in dementia patients who have a dis-

rupted decision-making process. While such assessments have traditionally focused on the capacity for complex reasoning and executive functions, research in decision-making has shown that motivational and metacognitive processes are also important. With the number of dementia patients expected to rise in the next few decades, there needs to be an understanding of how dementia patients are disrupting decision-making. Physicians who treat older adults need to know which health care decision-making tasks are the most challenging for such patients to maximize decision-making when possible. For people with dementia, clearer criteria for determining medical and legal capacity are needed. Different levels of impairment of decision-making ability are not linear. There needs to be a balance of support and empowerment, and a balance of raising awareness and opportunity for harm. In patients at risk of developing disability, decision-makers who are in the best interests of the patient should be identified beforehand.

Key words: *elderly patient, dementia, decision-making, capacity, quality of life, ethics, law, cognitive impairment*