



## CHALLENGES IN PSYCHOLOGICAL EXAMINATION OF AN ADULT Presentation of a case.

**Abstract:** Psychological assessment, which is a logical step in the diagnostic-intervention process for the older generation, presents diverse challenges for the experts. The present report describes the peculiarities of the psychological assessment of adult.

### Author information:

**Tsvetelina Terzieva**

Eng.

Student

Faculty of Philosophy

at St. Cyril and St. Methodius University of Veliko Tarnovo

✉ [CvetiTerzieva@gmail.com](mailto:CvetiTerzieva@gmail.com)

🌐 Bulgaria

### Keywords:

adult, behaviour, cognitive impairment, diagnostic tools, depression, depression state, definition, stress, symptomatology, psychology, psychodiagnostics, personality, psychoanalysis, unconscious

## Въведение

Една от популациите, най-уязвими към психологически разстройства, са възрастните хора [2]. С напредване на възрастта хармоничното развитие на личността се осигурява при спокойно обобщаване и удовлетворение от правото, с ползата от живия живот. Това обаче не е постижимо за много от хората в напреднала възраст, поради различни дестабилизиращи, разрушителни фактори през целия им живот, които са задълбочили нивата на тяхната неудовлетвореност. Измежду отделните стресови моменти, които се възприемат като неконтролируеми и независещи от волята на лицето са загуба на близки, отделяне от деца, самота или пенсиониране.

Увеличаването на стресовите фактори повишава риска от развитие на определени психични разстройства. Най-често се среща депресия [6], характеризираща се с ниско състояние на духа, чувство на безнадеждност и демотивация, тъга, склонност да се избягват социални отношения. Тревожните разстройства също са много чести сред възрастните хора под формата на генерализирана тревожност, паническо разстройство, агорафобия и др. Заседналият начин на живот и честите самотни ситуации в тази възрастова група благоприятстват развитието на пристрастявания. Разграждането на нервните клетки във важни части на централната нервна система водят до неврокогнитивни разстройства – деменции.

Последиците от депресията при възрастните хора са животозастрашаващи – тя увеличава риска от инсулт и миокарден инфаркт [7], остава основният рисков фактор за самоубийство в напреднала възраст и се смята за рисков фактор за всички видове деменции, включително съдова деменция и болест на Алцхаймер [4]. Затова нейното разпознаване е първостепенно значение [5].

Повечето автори са единодушни, че психотерапията е ефективна при лечението на основните разстройства, които засягат възрастното поколение, а ранното диагностициране води до по-бързи и пълноценни терапевтични резултати.

### **Представяне на случай**

*Имената на изследваното лице, както и други данни, които правят възможно неговото идентифициране, са променени или изключени, за да се запази поверителността на информацията.*

#### **Цел на изследването:**

- да се направи диагностика на емоционалното състояние на клиента.
- да се проведе и изследване за установяване нивото на удовлетвореността.
- да се разкрие нивото на безпокойството на пациента в настоящия момент и да се разработят препоръки за психологическа рехабилитация и подкрепа.

#### **Приложени тестови методики**

Психологичното изследване на възрастния индивид е направено като е използван следния утвърден в практиката на клиничния психолог диагностичен инструментариум:

- Заучаване на думи
- Скала на Бек
- Скала за удовлетвореност от живота (SWLS)
- Скалата за самотност

#### **Сфери на изследване**

За да е ефективно изследването и да се преодолеят психологичните защити на изследваното лице, то не е насочено само към една сфера, а обхваща повече психични сфери:

- Паметови функции
- Внимание
- Специфични личностови характеристики
- Емоции
- Мотивация
- Социални умения

### **Повод за консултация и заявка за психологично изследване**

Пламен е на 61 години, с висше образование, женен, идва по собствено желание с готовност за съдействие.

Исканото изследване е въз основа на появили се симптоми, свързани със нетипично засилено и непредсказуемо потоотделяне, дори когато температурата не е висока или в положение на покой. Същевременно има загуба на интерес към нови дейности, безразличие, нарушена концентрация и липса на удоволствени преживявания. И това се задълбочавало с времето.

### **Оценка на поведението по време на изследването**

Прави впечатление, че изследваното лице поздравява, има добро възпитание, не проявява грубост. Речта е логична и обоснована. Отговаря на въпросите, донякъде с желание, лаконично и общо. Личи, че е наясно със своите безпокойства.

Изследваният споделя, че досега е изпитвал удовлетвореност от семейния живот и работата си, но сега се чувства потиснат, самотен, усеща липсата на стесняващия се с напредването на годините приятелски кръг и постепенната загуба на своята позиция в обществото, липсата на подкрепа.

Обхванат е от депресивните симптоми - тъга, песимизъм и тревожност. Не е мотивиран, налегнало го е апатия, която влияе върху емоционалните му, когнитивните и най-вече върху поведенческите му функции. На емоционално ниво апатията се изразява в липса на загриженост за желани или нежелани събития. Загубата на интерес към нови дейности и

планиране е на когнитивно ниво. Липсата на ангажираност и усилия в продуктивни дейности е представено на поведенческо ниво.

При изследваното лице се забелязват известни трудности с концентрацията и запомнянето. Затруднява се да поддържа и да отговоря на изискванията, наложени му от двете основни области на живота – семейството и работата.

В процеса на изследването са използвани двата основни подхода при психометрична оценка на когнитивните нарушения [1] при депресия. Търсена е **Обективна оценка** чрез оценъчни инструменти за регистриране нарушения на памет, внимание и екзекутивни функции. **Субективната оценка** е поставена чрез самооценъчни инструменти.

Психологичната оценка на пациента включва неговата умствена, емоционална и социална компетентност.

Умствената компетентност е проверена чрез нивото на концентрация и внимание. Оценка състоянието на кратковременната и дълговременна памет, активността на вниманието и уморяемост е направена чрез **Заучаване на думи**. Методиката включва набор от 10 кратки популярни думи, които не са близки по значение. Отчетливо и ясно, без да се бърза думите се прочитат от предварително подготвен списък. Изследваното лице ги възпроизвежда в произволен ред, колкото е запомнило. Следват още четири прочита и след всяко повторение се изчаква отговора на изследваното лице да възпроизведе дума от списъка. След един час той е подканен да възпроизведе без предварително прочитане запомнените думи.

Емоционалната компетентност е проверена, чрез самооценъчната **Скала на Бек**, подходяща сред възрастното население, заради включването на соматични симптоми [3]. Тя съдържа 21 твърдения, като се избира между 4 възможности, които съответно се оценяват с точки от 0 до 3. Скалата за депресия на Бек има добра ефективност за отчитане признаците на душевна потиснатост и да определи от какво ниво на лечение се нуждае човек при депресия. Избраният диагностичен инструментариум е също и въз основа на споделеното от изследваното лице наличие на прекомерно изпотпяване, кореспондиращо със заплахата от депресия или тревожно разстройство.

Социалната компетентност, даваща представа за изградените умения за комуникации е оценена, чрез **Скала за удовлетвореност от живота (SWLS)** на У. Павот и Е. Динър. Тя е един от най-добрите начини за получаване на надеждна информация за нивата на удовлетвореност на хората от живота им. Пациентът преценява с конкретната оценка това какво е постигнал или не е успял да постигне. Неговите когнитивни преценки показват удовлетворението от мащаба на живота. Скалата за удовлетвореност от живота е тест, на който лицето трябва да отговори. Има пет вида отговори, отразяващи удовлетвореността от начина, по който човек живее живота си, и от това, какъв е. Това са: „категорично несъгласен“, „несъгласен“, „неутрален“, „съгласен“ и „силно съгласен“.

Социалната подкрепа, приятелството и пълноценните контакти със значими хора са основни компоненти на защитата от тежко преживяване на самота. Затова с четвърти тест се проверява **Скалата за самотност**. Използван е въпросник с 20 твърдения, описващи чувства, мисли и състояния, свързани като цяло с преживяването на самота. Изследваното лице отговаря в каква степен се чувства така по отношение на всяко от твърденията, като му се предлагат стойности от 1 до 4, най-малката започва с „1 – никога не се съм се чувствал така“, а най-голямата е „4 – често съм се чувствал така“. Сборът варира между 20 (минимум) и 80 (максимум).

## Резултати и обобщение

Получените резултати от **Заучаването на думи** дават основание да се направи извод за особеностите на запомнянето на изследваното лице.

Запомнените думи са 4 на първия прочит, като при петото повторение са възпроизведени 6 думи, което свидетелства за разсейване на вниманието и забравяне.

Кривата на възпроизвеждане е начупена и това показва слаби възможности на запаметяване.

Дълговременната памет не е в добро състояние, показват петте запомнени и възпроизведени 1 час по-късно брой думи.

Забелязват се и нови 2 думи, които изследваното лице си е измислил и посочил. Той несъзнателно е запълнил паметовите си празнини, което обаче е знак за проблем в механичната памет.

Резултатът от самооценъчната **Скала на Бек** е 16 точки. Това идентифицира пациента в категорията хора, които губят интерес към социалния живот и имат постоянно чувство за вина. Те са по-гъжни и уморени по принцип. Изследваното лице се намира в умерено депресивно състояние.

Резултатите от инструмента за измерване на аспекта удовлетвореност на субективното благополучие **Скала за удовлетвореност от живота (SWLS)** установяват средна жизнена удовлетвореност, отговаряща на вътрешните стандарти на пациента по време на изследването.

Световно утвърденият инструмент **Скала за самотност** при изследването показва стойност 40. Резултатът отразява, че пациентът изпитва нормално ниво на самота.

### **Препоръки**

Самотата е субективно възприемане от пациента на социална депривация, различна от обективната социална изолация. Без да се пренебрегва преживяването за самота във възрастовата група на изследваното лице, трябва да се наблегне, че тя води до нарушено здравно благополучие. Но не може да се очаква, че някой друг ще се погрижи за твоето благополучие, без да направиш макар и минимално усилие от своя страна.

Лечението е пробуждане. Човек трябва да си повярва, да се научи да се познава, да знае своите потребности, да се цени и мисли за своето благополучие.

Винаги има стрес и съответно опасност от прегаряне. Всеки обаче сам може да открие своя начин на презареждане. Може да слуша релаксираща музика, да се разхожда, да се люби на природата, да има или открие свое любимо занимание, което да му действа много успокояващо. Може и да рисува, да твори, да се занимава с арт терапия, тъй като тя съдържа в себе си невербалното и символично себеизразяване на индивида. В нея той може да намери отдушник и художествена форма за трансформиране на травмиращите го състояния.

Необходимо е повишаване нивата на удовлетвореността от професионалната дейност и удовлетвореността от живота с цел подобряване качеството на живот и излизане от депресията.

Ако проблемите продължат или се задълбочат е препоръчително извършването на допълнителни сеанси с изследваното лице в съответствие с идентифицираните потребности.

### **Психологично заключение**

При изследваното лице се забелязват трудности при поддържане на вниманието и неговото превключване. Има известни нарушения на екзекутивните функции. Намира се връзка между емоционално наситените когнитивни нарушения на пациента и субективно възприеманата когнитивна дисфункция.

Не високата удовлетвореност от живота е зависима от преживяването на самота. Пациентът е неудовлетворен от личните си емоционално значими връзки с други хора. Неговите очаквания за близост, реципрочност и пълноценност на общуването се разминават.

Необходимо е да се акцентира повече върху подкрепата на качеството на контактите и задълбочаването на близостта във връзките. Това се налага, тъй като липсата на обективна подкрепа, ще задълбочи самотността. В началото може да се опита и само с една връзка, едно приятелство или един малък близък кръг. Не е необходимо тяхното количествено нарастване, разнообразяване и разширяване.

Върху интензивността на преживяването за самота не се открива влияние на образованието и семейното положение на пациента.

Препоръчва се на изследваното лице да се подложи на арт терапия. Тя оказва благоприятно въздействие дори, когато човек не се бори с някакъв проблем и подпомага личностното развитие чрез себеопознаване, себеизразяване и себеосмисляне.

### References:

1. Dimitrov, I. Dementsii i leki kognitivni narushenia: nevroepidemiologimni i diagnostichni aspekti, aktualna meditsina, Varna, 2010.
2. American Society of Health-System Pharmacists (ASHP). Therapeutic position statement on the recognition and treatment of depression in older adults. *Am J Health Syst Pharm*, 1998, 55(23):2514-2518.
3. Beekman A, Beurs E, van Balkom A et al. Anxiety and Depression in Later Life: Co-Occurrence and Commuality of Risk Factors. *Am J Psychiatry*, 2000, 157(1): 89-95.
4. Diniz B, Butters M, Albert S et al. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Brit J Psychiat*, 2013, 202(5):329–335.
5. Dodd, E., Cheston, R., Fear, T., Brown, E., Fox, C., Morley, C., ... & Gray, R. (2014). An evaluation of primary care led dementia diagnostic services in Bristol. *BMC health services research*, 14(1).
6. Hasin D, Goodwin R, Stinson F et al. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 2005, 62(10):1097-1106.
7. Valkanova V, Ebmeier K. Vascular risk factors and depression in later life: a systematic review and meta-analysis. *Biol Psychiatry*, 2013, 73(5):406-413.