

УДК 616.832
ББК Р627

Е.Л. НИКОЛАЕВ, Н.В. ВАСИЛЬЕВА

ОСОБЕННОСТИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ И АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯНЫМ СКЛЕРОЗОМ

Ключевые слова: рассеянный склероз, когнитивные нарушения, тревога, депрессия, аутоагрессивное поведение, психотерапия.

Специфика нарушений познавательной и аффективной сфер при рассеянном склерозе связана с высокой степенью сопряженности познавательных и эмоциональных нарушений. Когнитивные нарушения сопровождаются различной степени выраженности нарушениями тревожно-аффективного спектра, которые могут носить как органический, так и функциональный характер. Психогенная природа психических нарушений обосновывает необходимость использования психотерапевтических воздействий в лечении и реабилитации больных рассеянным склерозом.

E. NIKOLAEV, N. VASILYEVA SPECIFIC CHARACTER OF COGNITIVE AND AFFECTIVE FUNCTIONING IN MULTIPLE SCLEROSIS PATIENTS

Key words: multiple sclerosis, cognitive impairment, anxiety, depression, auto-aggressive behavior, psychotherapy.

Specificity of cognitive and affective functioning disorders in multiple sclerosis patients is associated with a high degree of conjugation of cognitive and emotional abnormalities. Cognitive impairment is accompanied by anxious-depressive spectrum disorders of various degrees of severity that may be organic and functional origin as well. Psychogenic nature of mental disorders grounds the use of in treatment and rehabilitation of multiple sclerosis patients.

Клинический опыт и данные научной литературы свидетельствуют, что рассеянный склероз (РС) является хроническим аутоиммунным заболеванием, которое сопровождается демиелинизацией волокон проводящих путей и проявляется, в числе прочих нарушений, расстройствами в психической сфере.

Целью исследования является уточнение по данным отечественной и зарубежной научной литературы последних десяти лет специфики нарушений познавательной и аффективной сферы у больных РС.

Когнитивные нарушения являются одним из важных клинических проявлений РС, что определяется как клинически, так и методами нейропсихологического исследования. Причём, как отмечают английские исследователи, когнитивные изменения наблюдаются при различных типах течения заболевания – ремитирующем, вторично-прогрессирующем, первично-прогрессирующем [20].

Голландские учёные находят, что когнитивные нарушения наблюдаются в 40–65% случаев РС с вовлечением в процесс функций внимания, памяти, скорости обработки информации и исполнительных функций. Депрессия, тревога и астения усугубляют имеющиеся симптомы, в то время как когнитивный резерв частично защищает организм. Выраженность когнитивной дисфункции коррелирует на магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга с объемом поражения и (региональной) атрофией, а степень выявляемых поражений мозга на МРТ предопределяет дальнейшее утяжеление состояния больного [21].

По данным Т.Н. Резниковой с соавт., в числе разноплановых нарушений психической деятельности при РС можно выделить нарушения интеллектуально-мнестических функций: памяти, внимания, мышления, продуктивности умственной работоспособности, счетных навыков; нейропсихологические нарушения в виде лобной акалькулии, речевых нарушений [15].

Нарушения в познавательной сфере при РС встречаются не только при длительном течении заболевания. Они отмечены и у больных с недавно уста-

новленным диагнозом РС и связаны с симптомами депрессии. Эта связь объясняется различиями в тяжести состояния больного [23].

Когнитивная дисфункция характерна также для подростков, болеющих РС. Так, в диссертационном исследовании Е.С. Шахбазовой прослеживается мысль, что РС приводит к формированию когнитивного дефицита, особенности которого у подростков проявляются в виде вариативных симптомов, указывающих на функциональный дефицит тех или иных зон левого и, в большей степени, правого полушария мозга, что отражается в изменении взаимодействия между ними [17].

Когнитивные изменения описаны специалистами и при доброкачественном течении РС. Существующие определения его доброкачественного течения больше связаны с двигательными возможностями клиента и не учитывают соответствующие заболеванию когнитивные, психологические и социальные проблемы больного [19].

А как сами пациенты воспринимают свою когнитивную дисфункцию? Ответить на этот вопрос попытался В.Л. Рoberg с соавт. [22]. Результаты проведенного в Канзасе исследования показали, что пациенты с РС сообщают о больших трудностях в обработке информации. Данные трудности значимо коррелируют с импульсивностью, снижением скорости движений, большей тревогой и нарастающей интроверсией. В противовес этому субъективно воспринимаемая больными скорость обработки информации не соответствует объективно измеряемым показателям этой скорости. Данное несоответствие должно учитываться в профилактической работе с больными РС.

Помимо нарушений познавательной сферы характерными для больных РС являются изменения в аффективной сфере [10–12, 18].

По данным Е.В. Алексеенко с соавт., у больных РС выявляются изменения психологического состояния, которые проявляются аффективными нарушениями в виде повышенной тревожности [1]. У 66% пациентов эти изменения проявляются в виде выраженной тревожности, у 50% – в виде ригидности и интроверсии. Депрессивные расстройства встречаются у 83% больных в виде легкой депрессии и субдепрессивных состояний.

Более углублённое психологическое исследование структуры эмоционального дефекта у больных с РС выявляет различные варианты сочетаний эмоциональных нарушений, включающих тревогу, депрессию невротического характера и агрессивные явления. Показано, что при одновременном сочетании всех видов эмоциональных нарушений у больных с РС по данным личностного опросника наблюдается выраженная дезадаптация личности, в то время как при наличии одного вида эмоционального нарушения такого рода личностных дефектов не отмечается [15].

Характеристикой больных РС может быть высокая ситуативная тревожность, значительно превышающая личностную тревогу. В исследовании белорусских учёных установлена умеренная положительная корреляционная взаимосвязь между личностной тревожностью и длительностью течения заболевания. Такие больные эмоционально напряжены, испытывают ощущение непонятной угрозы, неуверенность в себе, также прослеживается направленность страхов в будущее [14].

Несмотря на то, что углубление аффективных нарушений параллельно с утяжелением клинического состояния больного представляется закономерным, исследователями описаны и противоположные ситуации. Так, увеличение числа больных РС без депрессии в группе с тяжелым течением заболевания Л.А. Кузнецова с соавт. объясняет нарастанием в этой стадии когнитивных на-

рушений, связанных с эйфорией и некритичностью к своему состоянию, что проявляется в уменьшении объёма внимания, снижении и искажении усвоения информации, необходимой для правильной оценки собственных личностных возможностей [7]. Авторы также указывают, что даже мягкая депрессия у больных РС может привести к отказу от рационального, направленного на сохранение здоровья поведения [7]. При большой депрессии может наблюдаться катастрофическое отрицание собственного здоровья и жизни.

Депрессивные состояния у больных РС могут привести к формированию аутоагрессивного поведения [4–6]. Украинскими исследователями выделены основные риск-факторы формирования аутоагрессивного поведения у данных больных: наличие у больного депрессивного эпизода или рекуррентной депрессии; вторично-прогрессирующий тип течения РС и его спинальная клиническая форма; развитие депрессии у больных с длительностью заболевания РС от 1 до 10 лет, в возрасте от 36 до 45 лет, работающих в сфере умственного труда и имеющих высшее образование; наличие плохих материально-бытовых условий жизни больных; наличие наследственной отягощенности психическими расстройствами, преимущественно аффективного регистра, наличие в анамнезе перинатальной патологии и невропатической конституции; преобладание в преморбиде больного дистимических, тревожных, педантичных и циклотимических личностных особенностей; наличие хронических стрессовых воздействий, связанных с ухудшением материально-бытового состояния больного, угрозой или потерей социального статуса [3].

По результатам работы кабинета клинической нейропсихологии и обследования 186 пациентов с РС московские исследователи констатируют, что при всех типах заболевания выявлен синдром хронической усталости (у 97% обследованных), депрессия разной степени выраженности (у 62%), умеренные когнитивные нарушения (у 49%). Уже на начальных стадиях РС при длительности заболевания до 2 лет у больных отмечаются депрессивные расстройства адаптации и агорафобия с паническими расстройствами. У больных с выраженной инвалидностью (более 5 баллов по EDSS) наблюдаются преимущественно когнитивные нарушения и депрессивные расстройства. Степень изменений познавательных функций коррелирует с выраженностью как очагового поражения мозга, так и атрофических процессов по данным МРТ. Астенические расстройства проявляются у больных повышенной истощаемостью, снижением концентрации внимания, ухудшением кратковременной памяти, раздражительностью, эмоциональной лабильностью. Среди когнитивных нарушений чаще всего страдают скорость обработки информации, усвоение информации и память, хотя нарушения исполнительной и зрительно-пространственной функции также зарегистрированы у больных РС. С ранних стадий заболевания выявляются нарушения кратковременной вербальной, семантической и зрительной памяти, снижение активного внимания и скорости сенсомоторных реакций, трудности концептуального мышления [2].

Данный анализ научной литературы по проблеме изменений в деятельности когнитивной и аффективной сферы больных с РС не смог затронуть всех публикаций по данной теме. Тем не менее становится очевидно, что специфика нарушений познавательной и аффективной сфер при РС связана с высокой степенью сопряжённости познавательных и эмоциональных нарушений. Когнитивные нарушения, отражая необратимые изменения в мозге больных, сопровождаются различной степени выраженности нарушениями тревожно-аффективного спектра, которые могут носить как органический, так и функциональный характер. Психогенный характер психических нарушений обосновывает необходимость использования психотерапевтических воздействий в лечении и реабилитации больных [8, 9, 13].

Литература

1. Алексеевко Е.В., Сысоева О.С., Смагина И.В., Федянин С.А. Изменения психологического статуса у больных рассеянным склерозом // Бюллетень сибирской медицины. 2008. № 5. С. 11–13.
2. Батышева Т.Т., Костенко Е.В., Зайцев К.А., Бойко А.Н. Опыт организации работы кабинетов клинической нейропсихологии в окружных неврологических отделениях амбулаторной неврологической службы Москвы // Журнал неврологии и психиатрии. 2009. Т. 109, № 2. С. 55–58.
3. Бахтеева Т.Д., Марута Н.А. Депрессивные расстройства при рассеянном склерозе (клиника, диагностика, терапия) // Український вісник психоневрології. 2011. Т. 19, № 4(69). С. 36–41.
4. Данилова М.В. Клинические особенности и закономерности формирования аутоагрессии у больных депрессиями при рассеянном склерозе // Український вісник психоневрології. 2011. Т. 19, № 3. С. 35–38.
5. Зотов П.Б., Куценко Н.И. Мотивы суицидальной активности и факторы антисуицидального барьера у больных рассеянным склерозом // Суицидология. 2011. № 3. С. 21–25.
6. Зотов П.Б., Куценко Н.И. Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом (частота, клинические формы, характер) // Уральский медицинский журнал. 2008. № 3. С. 49–51.
7. Кузнецова Л.А., Малкова Н.А., Шубина О.С., Веревкин Е.Г., Долгова М.В. Биоповеденческая терапия рассеянного склероза // Бюллетень СО РАМН. 2004. № 3. С. 92–97.
8. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Личностные адаптационные ресурсы при кардиальной патологии // Вестник Чувашского государственного педагогического университета им. И.Я. Яковлева. 2013. № 4–1(80). С. 92–96.
9. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Система многоуровневой адаптации личности при болезни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 93–104.
10. Лемешевская А.А. Эмоционально-личностные и когнитивные нарушения при рассеянном склерозе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005.
11. Минеев К.К. Неврологические и когнитивные нарушения у больных рассеянным склерозом в зависимости от характера поражения головного мозга: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2009.
12. Молчанова Ж.И. Когнитивные и аффективные нарушения у больных рассеянным склерозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иркутск, 2011.
13. Николаев Е.Л., Суслова Е.С. Психотерапия невротических расстройств в контексте дискурсивных особенностей личности // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 134–151.
14. Пантюк И.В., Буко Н.С., Венглинская Т.В. Биологические и психологические факторы, влияющие на реабилитационный потенциал больных рассеянным склерозом // Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии. Минск, 2008. Вып. 10. С. 185–195.
15. Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А., Никифорова И.Г., Ароев Р.А. Психологические варианты эмоциональных нарушений у больных с рассеянным склерозом // Вестник психотерапии. 2012. № 41. С. 99–108.
16. Резникова Т.Н., Терентьева И.Ю., Селиверстова Н.А., Хоменко Ю.Г. Психологическое исследование больных рассеянным склерозом // Журнал неврологии и психиатрии. 2007. Т. 107, № 7. С. 36–42.
17. Шахбазова Е.С. Перцептивно-вербальные взаимодействия в когнитивной сфере при рассеянном склерозе в подростковом возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2012.
18. Якимова В.И. Эмоциональные нарушения в клинике и течении рассеянного склероза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2005.
19. Amato M.P., Zipoli V., Goretti B., Portaccio E., De Caro M.F., Ricchiuti L., Siracusa G., Masini M., Sorbi S., Trojano M. Benign multiple sclerosis: cognitive, psychological and social aspects in a clinical cohort // J. Neurol. 2006. Vol. 253, № 8. P. 1054–1059.
20. Huijbregts S.C., Kalkers N.F., de Sonneville L.M., de Groot V., Polman C.H. Cognitive impairment and decline in different MS subtypes // J. Neurol. Sci. 2006. Vol. 245, № 1–2. P. 187–194.
21. Jongen P.J., Ter Horst A.T., Brands A.M. Cognitive impairment in multiple sclerosis // Minerva Med. 2012. Vol. 103, № 2. P. 73–96.
22. Roberg B.L., Bruce J.M., Lovelace C.T., Lynch S. How patients with multiple sclerosis perceive cognitive slowing // Clin. Neuropsychol. 2012. Vol. 26, № 8. P. 1278–1295.
23. Slepman T.A., Janssens A.C., de Koning I., Polman C.H., Boringa J.B., Hintzen R.Q. The role of disability and depression in cognitive functioning within 2 years after multiple sclerosis diagnosis // J. Neurol. 2008. Vol. 255, № 6. P. 910–916.

НИКОЛАЕВ ЕВГЕНИЙ ЛЬВОВИЧ. См. с. 315.

ВАСИЛЬЕВА НАДЕЖДА ВАЛЕНТИНОВНА – аспирантка кафедры социальной и клинической психологии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары, (nadezhda1973vas@mail.ru).

VASILYEVA NADEZHDA – post-graduate student of Social and Clinical Psychology Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.
