

# ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОТДАЛЁННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

## THE CHARACTERISTICS OF COGNITIVE IMPAIRMENTS IN PATIENTS WITH REMOTE EFFECTS OF CRANIOCEREBRAL TRAUMAS

*Ya. Zhakupova  
A. Atamanov  
Ya. Mokina*

*Summary:* The article presents the results of pathopsychological cognitive impairment diagnostics in patients with long-term effects of craniocerebral traumata. The performed data analysis indicates accentuated long-term decrease in cognitive performance (exhaustion of nervous processes and prominent fatigue, difficulties in vigilance refocusing and the reproduction of information, stiff and rigid thinking) after a craniocerebral trauma, which leads to social adaptation disorders and statement of patients' disability.

*Keywords:* psychoorganic syndrome, cognitive impairments, craniocerebral trauma, pathopsychology.

**Жакупова Яна Тураровна**

*К.псх.н., доцент, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский  
государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
г. Челябинск  
ps-gold@yandex.ru*

**Атаманов Алексей Анатольевич**

*Д.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский  
государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
г. Челябинск  
atamanov\_psy@mail.ru*

**Мокина Яна Валерьевна**

*Заведующая отделением, врач-психиатр, Челябинская  
областная клиническая специализированная  
психоневрологическая больница №1, г. Челябинск  
vale1205@yandex.ru*

*Аннотация:* В статье представлены результаты патопсихологической диагностики когнитивных нарушений у больных с отдаленными последствиями черепно-мозговых травм. Проведенный анализ данных свидетельствует о выраженном снижении когнитивной продуктивности в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы (истощаемости нервных процессов и выраженной утомляемости, затруднений в переключении активного внимания и воспроизведении информации, вязкости и тугоподвижности мышления), что приводит к нарушению социальной адаптации и инвалидизации больных.

*Ключевые слова:* психоорганический синдром, когнитивные нарушения, черепно-мозговая травма, патопсихология.

**П**роблема нарушения когнитивных функций, возникающих вследствие органических заболеваний центральной нервной системы, в последнее десятилетие все больше привлекает внимание клиницистов, нейропсихологов, нейрофизиологов, клинических психологов. Среди большого количества разнообразных причин, приводящих к повреждению головного мозга, наиболее частыми являются черепно-мозговые травмы (далее ЧМТ). При этом последствия перенесенной травмы головного мозга могут послужить причиной развития грубых психических нарушений, приводящих к инвалидизации.

В настоящее время выделяют острый, промежуточный и отдаленный периоды ЧМТ, все они имеют вегетативное сопровождение. В нейропсихологических исследованиях последних лет получены важные сведения о механизмах возникновения когнитивных нарушений в различные периоды после ЧМТ [3, 6, 7]. В большинстве

случаев больные жалуются на нарушения управляющих функций (рабочую память, планирование и регуляцию), скорость переработки информации, внимание, мнестическую и речевую деятельность [6]. И если в остром периоде зачастую больные с легкой ЧМТ не обнаруживают выраженных когнитивных нарушений, то в большинстве случаев неврологическая и когнитивная симптоматика может со временем прогрессировать в 30% и привести к инвалидизации в 20%.

Указанные нарушения в большинстве случаев являются стабильными и в последующем приводят к формированию устойчивой совокупности симптомов в виде психоорганического синдрома, сопровождающегося изменениями личности и поведения, нарушением социальной адаптации и инвалидизацией больных [7, с. 230].

Проблема предупреждения и коррекции последствий ЧМТ с целью повышения качества жизни трудо-

способного населения является одной из приоритетных как для медицины, так и для клинической психологии. Только на основе точных данных патопсихологического синдромного анализа ранних и отдаленных последствий травм головного мозга возможно создание комплексной программы реабилитационных мероприятий, проводимых на всех этапах оказания медицинской и психологической помощи.

Обратимся к анализу исследований, посвященных проблеме изучения больных с психоорганическим синдромом в периоде отдаленных последствий экзогенно-органических расстройств.

Термин «психоорганический синдром» (далее ПОС) имеет неоднозначное смысловое наполнение в работах разных авторов. Одним из первых ученых описавших симптомы ПОС был швейцарский психиатр Э. Блейлер (1886), выявивший серьезные мнестические нарушения у больных, страдающих от последствий повреждения головного мозга и возникшей вследствие этого диффузной корковой атрофией [по 8].

В дальнейших многочисленных исследованиях середины XX века под данным названием стали описываться различные проявления органической патологии. Так, ряд авторов (Т.А. Бан, В.А. Копытов и др.) относят к ПОС расстройства, отражающие только грубое поражение головного мозга в виде деменции [по 8]. А.В. Снежневский, А.А. Портнов расширяют характеристику синдрома признаками снижения памяти, внимания, интеллектуальной продуктивности, а также различными аффективными нарушениями [10, 14]. В работах Н.М. Жарикова, В.С. Чудновского, Н.Ф. Чистякова понятие «психоорганического синдрома» имеет расширенное толкование, включая в себя многочисленные продуктивные синдромы, общие для органических поражений головного мозга, эндогенных психозов и неврозов [по 8].

Рассуждая о существующих разночтениях в трактовке психоорганического синдрома и сложности этиопатогенеза экзогенно-органической патологии Б.Н. Пивень предлагает воспользоваться выбором наиболее существенных критериев, встречающихся в работах многих исследователей при характеристике данного состояния [9]. К этим признакам он относит нарушения памяти, восприятия и мышления; расстройства эмоциональной сферы, истощаемость психических процессов, снижение критики и соматовегетативные расстройства [8]. В данном контексте психоорганический синдром рассматривается автором именно с патопсихологической точки зрения. Не менее важным при этом является анализ симптоматики ПОС с точки зрения ее общности при различных нозологических формах.

Таким образом клинико-патопсихологические харак-

теристики данного синдрома сформировались в представлении о ПОС, как жесткой структуре, определяемой так называемой триадой Н. Walter-Buel – состоянием общей психической беспомощности с нарушениями памяти, интеллектуальным снижением и выраженным эмоциональным недержанием [12, с. 95].

В исследованиях В.Н. Краснова изучены отдельные симптомокомплексы, входящие в ПОС (астенический, психовегетативный, гипотимический и симптомокомплекс когнитивных нарушений), среди которых наибольший интерес для нас представляет последний, представленный снижением уровня активного и пассивного внимания, затруднениями воспроизведения информации, замедлением и лексическим обеднением речи, чрезмерной конкретностью суждений, трудностью обобщения [5, с. 38].

Заболевания головного мозга травматического генеза входят в группу нозологий, составляющих основу патопсихологического экзогенно-органического синдрома, где степень когнитивных нарушений зависит от степени травматизации больного [17]. Так состояние легкого когнитивного расстройства характеризуется начальными признаками снижения когнитивной продуктивности (сужением объема внимания, снижением его концентрации и устойчивости; возникновением постоянной забывчивости, нарушением продуктивности оперативной памяти, селективности, целенаправленности и категориальности мышления), а также появлением психической истощаемости. При более глубоком уровне нарушений названные расстройства приобретают характер грубых расстройств интеллектуальной деятельности, что приводит к значительному ухудшению в социальной и профессиональной деятельности и частичной либо полной потере сохранности повседневных видов активности.

В клинической психологии когнитивное снижение при патопсихологическом органическом синдроме, как правило, выявляется при помощи комплекса следующих методов: клинико-психологического с использованием элементов клинической беседы, наблюдения, изучения анамнеза; психобиографического, предполагающего анализ жизненного пути больного, изучение социальной и психологической среды обитания; а также экспериментально-психологического, включающего использование традиционных патопсихологических методик для исследования внимания, памяти и операционной стороны мышления [2,15]. Отличие же патопсихологического исследования от процедур общепсихологической диагностики заключается в тщательном анализе экспериментатором всех компонентов поведения испытуемого: реакции на инструкцию к выполнению и содержание предлагаемых заданий; трудности, возникающие в процессе их выполнения, динамику протекания психиче-

ской деятельности и т.п.

**Целью** настоящего исследования явилось определение клинико-психологических особенностей когнитивных нарушений у больных с признаками патопсихологического экзогенно-органического синдрома в сравнении с когнитивными нарушениями больных аналогичной патологией, сформировавшейся вследствие длительного злоупотребления алкоголем, а также больных с синдромом иной этиологии.

### Материалы и методы

В исследовании приняли участие 102 пациента ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1» в возрасте от 31 до 56 (M = 42,17) лет, мужчины. Первую группу испытуемых составили пациенты с последствиями ЧМТ, диагнозом «органический галлюциноз» (F 06.0) – 36 человек; вторая группа испытуемых – пациенты с хроническим алкоголизмом, диагнозом «органическое, бредовое расстройство» (F 06.2) – 36 человек; третья группа – пациенты с «органическим расстройством личности вследствие эпилепсии» (F 07.0) – 30 человек.

При отборе больных в экспериментальные группы соблюдался принцип сопоставимости по основным социально-демографическим характеристикам. Все пациенты оказались частично трудоспособными, имели 2-ю и 3-ю группы инвалидности, были не женаты. Состояние устойчивой лекарственной ремиссии, стабильное психическое состояние, купирование актуальной психотической симптоматики также явились основными критериями отбора испытуемых.

В качестве методов исследования нами применялись традиционные патопсихологические методики. При исследовании процессов памяти (запоминания, сохранения, воспроизведения вербального материала) использовалась методика А.Р. Лурия «Запоминание 10 слов»; субтест «Повторение цифр» (Векслер); характеристик произвольного внимания (переключаемость, устойчивость и истощаемость) – с помощью таблиц Шульте. Определение изменений мышления по органическому типу (снижение уровня обобщения, сравнения и абстрагирования) проводилось с использованием методики «Толкование метафор и пословиц» С.Я. Рубинштейн и методики «Исключение понятий» С.Х. Сафоновой. Результаты выполнения психодиагностических методик разными группами пациентов анализировались при помощи количественных и качественных методов исследования. Для выявления различий в уровне исследуемых признаков нами были использованы t-критерий Стьюдента и U-критерий Манна-Уитни.

### Результаты и обсуждение

Мнестическая деятельность больных оценивались и анализировались в сопоставлении с нормативными данными. Показатели процессов запоминания, сохранения и воспроизведения информации, объема кратковременной механической памяти у большинства испытуемых всех групп вышли за рамки нормативных показателей (4-5 стимулов при норме 7-10). Так, например, после первого воспроизведения стимулов в группе больных с хроническим алкоголизмом результаты, близкие к норме показали 41,7%, ниже среднего – 58, 3%; в группе больных эпилепсией 70% и 30% соответственно; в группе больных с ЧМТ 22,2% и 77, 8% соответственно.

После третьей попытки воспроизведения ни в одной из групп результаты функционирования мнестической деятельности не вошли в показатели нормы. При этом очень низкий уровень кратковременной памяти был зафиксирован у 36, 1% больных с хроническим алкоголизмом, у 50% больных с эпилепсией и 63,9% больных с ЧМТ.

Мы видим, что для пациентов, страдающих отдаленными последствиями ЧМТ оказались характерны более выраженные нарушения мнестической деятельности (3-4 стимула при норме 7-10), они сильнее других были чувствительны к внешним помехам, достоверно хуже справлялись с предложенным заданием ( $p \leq 0,01$ ), а в некоторых случаях и вовсе отказывались его выполнять (таблицы 1-2).

Проводя диагностику особенностей внимания, мы учитывали, что последнее служит фактором обеспечения селективности и избирательности протекания любых когнитивных процессов и не рассматривается в психологии в качестве самостоятельного психического процесса [16].

Результаты оценки произвольного внимания выявили более выраженные нарушения у больных, страдающих отдаленными последствиями ЧМТ по сравнению с другими группами испытуемых (таблицы 3-4). Так, устойчивость внимания была выявлена у 63,3% испытуемых в группе больных эпилепсией, 50% – в группе больных с хроническим алкоголизмом и 22,2 % в группе больных с ЧМТ. Истощаемость внимания более свойственна больным с ЧМТ (83,3%); у больных с эпилепсией и хроническим алкоголизмом этот показатель был одинаковым (66,6% и 61,1% соответственно).

У пациентов всех групп наблюдались неравномерность темпа психической деятельности, общая заторможенность и утомляемость, однако в группе больных с ЧМТ зафиксировано более выраженное снижение работоспособности и общей психической истощаемости, что

отразилось в увеличении времени на выполнение заданий методики Шульте (более 180 секунд в сравнении с 120-150 сек., затраченными на выполнение заданий группой больных эпилепсией и хроническим алкоголизмом).

Для выявления различий в уровне исследуемого признака нами был использован U-критерий Манна-Уитни.

Значение индексов вработываемости и психологической устойчивости были одинаковыми в группах больных эпилепсией и хроническим алкоголизмом, их значение чуть выше единицы говорит о необходимости длительной подготовки к выполнению задания быстрому утомлению в процессе работы. У больных же с ЧМТ этот показатель значительно превышает данные других сравниваемых групп, что свидетельствует о серьезных

Таблица 1.

Сравнительный анализ показателей мнестических процессов у больных с отдаленными последствиями ЧМТ и хроническим алкоголизмом

Параметры выполнения методик	Средние значения		t <sub>эмп.</sub>	p ≤
	ЧМТ	Хронический алкоголизм		
1 воспроизведение	3,78	4,33	3,4**	0,01
2 воспроизведение	3,94	4,58	4,9**	0,01
3 воспроизведение	2,28	3,0	4,5**	0,01
4 воспроизведение	2,06	2,33	1,4	—
5 воспроизведение (через час)	1,5	1,67	1,1	—
повторение цифр	4,0	4,22	2,4*	0,05
*уровень значимости p ≤ 0,05 **уровень значимости p ≤ 0,01				

Таблица 2.

Сравнительный анализ показателей мнестических процессов у больных с отдаленными последствиями ЧМТ и эпилепсией

Параметры выполнения методики	Средние значения		t <sub>эмп.</sub>	p ≤
	ЧМТ	Эпилепсия		
1 воспроизведение	3,78	4,8	5,7**	0,01
2 воспроизведение	3,94	4,6	3,7**	0,01
3 воспроизведение	2,28	3,1	3,4**	0,01
4 воспроизведение	2,06	2,2	0,6	—
5 воспроизведение (через час)	1,5	1,4	0,6	—
повторение цифр	4,0	4,3	2,0*	0,05
*уровень значимости p ≤ 0,05 **уровень значимости p ≤ 0,01				

Таблица 3.

Сравнительный анализ показателей внимания у больных с последствиями ЧМТ и хроническим алкоголизмом

Параметры выполнения методики «Корректурная проба» Бурдона	Средние значения		U <sub>эмп.</sub>	p ≤
	ЧМТ	Хронический алкоголизм		
Эффективность работы	1,9	2,67	57**	0,01
Степень вработываемости	1,46	1,01	366**	0,01
Психическая устойчивость	1,52	1,04	175**	0,01
*уровень значимости p ≤ 0,05 **уровень значимости p ≤ 0,01				

Таблица 4.

Сравнительный анализ показателей внимания процессов у больных с отдаленными последствиями ЧМТ и эпилепсией

Параметры выполнения методик	Средние значения		U <sub>эмл.</sub>	p ≤
	ЧМТ	Эпилепсия		
Эффективность работы	1,9	2,28	81**	0,01
Степень вработываемости	1,46	1,02	318**	0,01
Психическая устойчивость	1,52	1,02	151**	0,01
*уровень значимости $p \leq 0,05$ **уровень значимости $p \leq 0,01$				

Таблица 5.

Сравнительный анализ показателей мыслительной деятельности у больных с отдаленными последствиями ЧМТ и хроническим алкоголизмом

Параметры выполнения методик	Средние значения		t <sub>эмл.</sub>	p ≤
	ЧМТ	Хронический алкоголизм		
обобщение и сравнение	1,39	2,08	6,3**	0,01
абстрагирование	2,28	3,5	7,2**	0,01
*уровень значимости $p \leq 0,05$ **уровень значимости $p \leq 0,01$				

Таблица 6.

Сравнительный анализ показателей мыслительной деятельности у больных с отдаленными последствиями ЧМТ и эпилепсией

Параметры выполнения методик	Средние значения		t <sub>эмл.</sub>	p ≤
	ЧМТ	Эпилепсия		
обобщение и сравнение	1,39	2,7	8,5**	0,01
абстрагирование	2,28	3,3	4,7**	0,01
*уровень значимости $p \leq 0,05$ **уровень значимости $p \leq 0,01$				

нарушениях подвижности психических процессов.

При исследовании особенностей мыслительной деятельности у испытуемых всех групп диагностированы умеренные и выраженные нарушения, однако у больных с ЧМТ операциональный и динамический компоненты мыслительных процессов оказались нарушены в большей степени (44,4% от числа больных с хронической алкоголизмом, 56,6% – с эпилепсией, и 94,4% – с ЧМТ).

При выявлении изменений в уровне обобщения и сравнения (методика «Исключение понятий» С.Х. Сафоновой) было зафиксировано снижение уровня обобщения в группах с больными эпилепсией и хроническим алкоголизмом, и искажение процесса обобщения в группе пациентов с последствиями ЧМТ. Больные с хроническим алкоголизмом и эпилепсией в своих рассуждениях демонстрировали относительно устойчивые существенные связи с редким выходом за пределы единичных слу-

чаев, в то время как у больных с отдаленными последствиями ЧМТ обнаруживалось искажение суждений, проявляющееся в отражении лишь случайной стороны явлений. При выполнении заданий они отмечали только частные признаки и свойства явлений, не отражающие смысловые отношения между ними.

При оперировании абстрактным стимульным материалом (трактовки пословиц и поговорок), характер его понимания сводился либо к буквальному истолкованию предлагаемых стимулов, либо объяснению при помощи репродукции примеров из собственного жизненного опыта. В процессе выполнения заданий отмечалась обстоятельность и застреваемость на деталях, вязкость и инертность мыслительной деятельности. В речи, чаще чем у испытуемых других групп встречались персеверации.

В процессе статистической обработки результатов



исследования мышления были выявлены статистически значимые различия между сравниваемыми группами пациентов (таблицы 5-6).

Необходимо отметить, что утверждение о снижении указанных операций вполне правомерно, так как до первых клинических проявлений ПОС их сформированность соответствовала возрасту, полученному образованию и социальному статусу, что было указано в анамнезе больных.

### Выводы

К патопсихологическим особенностям нарушения

когнитивной сферы больных с отдалёнными последствиями ЧМТ относятся: истощаемость нервных процессов и выраженная утомляемость, сужение и затруднение переключения активного внимания, затруднения в воспроизведении информации, вязкость и тугоподвижность мышления.

На основании качественного анализа эмпирических данных результаты вышеназванных показателей имели достоверные отличия от результатов пациентов других сравниваемых групп – больных эпилепсией и больных хроническим алкоголизмом, что указывает на более серьёзный характер когнитивных нарушений больных с ЧМТ в общей структуре психоорганического синдрома.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. М.: Медицина, 1977. 168 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд. МГУ, 1976. 238 с.
3. Казаков В.Е. Факторы риска возникновения психических нарушений в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы // Международный неврологический журнал. 2013. №7 (61). С. 169–172.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1979. 607 с.
5. Краснов В.Н. Психоорганический синдром как предмет нейропсихиатрии // Доктор Ру. № 4 (63), 2011. С. 34–42.
6. Меликян З.А., Микадзе Ю.В., Потапов А.А. и др. Оценка нарушений когнитивных функций в разные периоды после черепно-мозговой травмы // Журнал неврологии и психиатрии. 2011. № 7. С. 88–94.
7. Осадший Ю.Ю., Оруджев Н.Я., Сентябрев Н.Н., Тараканова Е.А. Медико-социальная характеристика больных с психоорганическим синдромом в периоде отдаленных последствий экзогенно-органических расстройств // Современные проблемы науки и образования. 2012. № 6. С. 229–230.
8. Пивень Б.Н. Психоорганический синдром: дефиниции и смысловое наполнение // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2015 №3 (21). С. 122–129.
9. Пивень Б.Н. Экзогенно-органические заболевания головного мозга – парадоксальная проблема клинической психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии. 2017. № 3. С. 113–116.
10. Портнов А.А., Федотов Д.Д. Психиатрия. М.: Медицина, 1971. 471 с.
11. Саковская В.Г. Патопсихологическое исследование когнитивных процессов при органических поражениях головного мозга с психоорганическим синдромом // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2009. № 109. С. 185–189.
12. Самедова Э.Ф. Легкое когнитивное расстройство в структуре психоорганического синдрома // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. №2. С. 95–102.
13. Смычек В.Б., Пономарева Е.Н. Диагностика черепно-мозговых травм // Медицинские новости. 2013. № 4 (223). С. 19–27.
14. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии в 2 томах // под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. Т.1. 478 с.
15. Соловьева, С.Л., Саковская В.Г., Милютин С.М. и др. Проблема комплексной патопсихологической, нейропсихологической и клинической диагностики когнитивных расстройств // Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы / отв. ред. Незнанов Н.Г. 2015. С. 329.
16. Хомская Е.Д. Нейропсихология. СПб: Питер, 2005. 496 с.
17. Чудновский В.С., Чистяков Н.Ф. Основы психиатрии. Ростов н/Д.: Феникс, 1997. 448 с.

© Жакупова Яна Тураровна (ps-gold@yandex.ru), Атаманов Алексей Анатольевич (atamanov\_psy@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»