

СИМПТОМЫ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Балашова Е.Ю.

Балашова Елена Юрьевна

кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», ул. Моховая, д. 11, стр. 9, Москва, 125009, Россия. Тел.: 8 (495) 629-37-23;

старший научный сотрудник отдела медицинской психологии; федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Каширское шоссе, д. 34, Москва, 115522, Россия. Тел.: 8 (495) 109-03-93.

E-mail: elbalashova@yandex.ru

Аннотация. В статье представлен анализ симптомов нейрокогнитивного дефицита при депрессиях позднего возраста, выявленных при нейропсихологическом диагностическом исследовании 197 больных депрессиями (средний возраст 68 ± 13 лет), находившихся на стационарном лечении в клинике Научного центра психического здоровья (Москва). Результаты исследования позволили описать особенности памяти, внимания, различных видов восприятия, произвольных движений и действий, речевых функций, мышления при поздних депрессиях. Были сформулированы предположения о возможных вариантах локализации мозговых дисфункций при поздних депрессиях, о степени выраженности нейрокогнитивного дефицита, о возможной роли возрастных, образовательных факторов и социального статуса в снижении когнитивного функционирования. В выводах констатируется, что разнообразные проявления нейрокогнитивного дефицита при депрессиях позднего возраста наблюдаются достаточно часто. Поэтому терапия поздних депрессий должна быть направлена не только на оптимизацию аффективного статуса больных, но и на компенсацию дефицита когнитивного функционирования.

Ключевые слова: старение; депрессии; психические функции; нейрокогнитивный дефицит.

УДК 159.9:616.89-008.44-053.8

Библиографическая ссылка

Балашова Е.Ю. Симптомы нейрокогнитивного дефицита при аффективных расстройствах в позднем возрасте // Медицинская психология в России. – 2020. – Т. 12, № 3. – С. 8. doi: 10.24412/2219-8245-2020-3-8

Поступила в редакцию: 11.11.2019 Прошла рецензирование: 20.01.2020 Опубликована: 07.05.2020

Введение

В последние десятилетия во многих странах мира происходит значительный рост численности людей пожилого и старческого возраста [6; 10; 12; 13]. Соответственно, возрастает и частота некоторых психических заболеваний, прежде всего, аффективных расстройств. Их распространенность в старости существенно превышает показатели молодого и среднего возраста. Депрессии становятся причиной снижения качества жизни, усугубляют течение соматических болезней, повышают риск социальной изоляции. Когнитивные нарушения при поздних депрессиях играют роль в хронификации заболевания с ухудшением прогноза. Аффективные расстройства депрессивного спектра сегодня являются одним из центральных объектов исследований в психиатрии, неврологии, клинической психологии [5; 11]. Особое внимание ученых к депрессиям позднего возраста обусловлено не только их высокой распространенностью,

но и тем, что некоторые аспекты этого психического расстройства до сих пор являются недостаточно изученными.

Один из таких аспектов — это нейрокогнитивный дефицит, сопровождающий аффективные расстройства позднего возраста. В публикациях последних десятилетий часто встречаются упоминания о возможном дефиците памяти и внимания при поздних депрессиях [5; 11]. Степень выраженности этого дефицита может варьироваться от весьма серьезных нарушений (при т.н. «псевдодеменциях») до незначительных, заметных только специалистам проявлений. Третья психическая функция, которая довольно часто упоминается в отечественных и зарубежных публикациях, посвященных депрессиям позднего возраста — это восприятие времени [2; 3]. А как обстоит дело с другими психическими процессами? Какие еще когнитивные функции в той или иной степени уязвимы при аффективных расстройствах депрессивного спектра у пожилых и старых людей? Можно ли оценить степень этой уязвимости? Что можно сказать о локализации мозговых дисфункций при таких расстройствах?

Ответы на эти вопросы мы попытаемся дать в предлагаемой вниманию читателей статье.

Материалы и методы

В исследовании добровольно приняли участие 197 больных депрессиями (средний возраст 68 ± 13 лет), находящихся на стационарном лечении в ФГНУ «НЦПЗ». Нейропсихологическое обследование пациентов проводилось по рекомендации лечащего врача. У пациентов были следующие диагнозы: рекуррентное депрессивное расстройство (F33) — у 93 человек; биполярное аффективное расстройство (F31) — у 46 человек; депрессивный эпизод (F32) — у 24 человек. Кроме того, была выделена отдельно группа больных с другими видами депрессии — 34 человека. В исследованной выборке преобладали апато-адинамические и тревожные депрессии средней степени тяжести. Среди больных было 59% женщин и 41% мужчин, 63% имели высшее образование, 37% — среднее или среднее специальное; 76% больных были пенсионерами, 24% продолжали работать. По данным самоотчета, 90% пациентов были правшами, 4% — левшами и 6% — амбидекстрами. Больным проводилось комплексное нейропсихологическое обследование [1; 7]. Это обследование включало диагностические методики, направленные на исследование восприятия, памяти, произвольных движений и действий, речевых функций, внимания, мышления, «энергетических» и регуляторных составляющих психической деятельности. Проводился качественный анализ результатов, их интерпретация в контексте методологии луриевского синдромного подхода, а также количественная обработка.

Результаты

Данные нейропсихологического обследования позволяют констатировать ряд особенностей когнитивных функций, свойственных многим депрессивным пациентам.

Память. В мнестической сфере у больных поздними депрессиями часто отмечается повышенная тормозимость следов неорганизованного по смыслу слухо-речевого материала и отдельные нарушения их избирательной целенаправленной актуализации в виде контаминаций. Эти симптомы отчетливо заметны при заучивании и отсроченном воспроизведении пяти слов и двух групп по три слова [1]. При выполнении первой из упомянутых методик могут также отмечаться трудности запоминания порядка слухоречевых стимулов. Процесс заучивания материала протекает у депрессивных больных медленнее, чем у здоровых лиц позднего возраста; им требуется больше предъявлений словесного ряда; у них ниже продуктивность отсроченного воспроизведения [4]. Ряд упомянутых негативных проявлений доступен компенсации при введении смысловой организации материала (например, при заучивании и отсроченном воспроизведении двух предложений). У некоторых пациентов отмечается также снижение произвольного запоминания: они не могут вспомнить только что

прочитанный небольшой текст. Кроме того, у значительной части больных ухудшаются показатели актуализации знаний, хранящихся в долговременной вербальной памяти. При необходимости назвать ряд слов, обладающих общим перцептивным признаком (пять острых предметов), больные часто делают паузы; им требуется вербальная стимуляция со стороны психолога или подсказка в виде дополнительного уточнения семантического поля [Там же].

Внимание. У большинства пациентов исследованной выборки нейропсихологическое обследование выявляет колебания внимания. Эти колебания тесно связаны с неравномерностью уровня достижений при выполнении различных заданий; во многих случаях они выступают в едином синдроме с замедлением темпа психической деятельности, трудностями включения в выполнение заданий, истощаемостью. Колебания внимания могли проявляться как в специальных пробах (например, при поиске чисел в таблицах Шульте), так и в других видах психической деятельности. Напомним, что в современной отечественной нейропсихологии преобладают представления о внимании как об особом качестве (селективности) любого психического процесса [14]. Иногда колебания внимания, наблюдающиеся у больных депрессиями, носили модально-специфический характер. В качестве примера можно упомянуть левостороннее «невнимание» в зрительной сфере, проявляющееся, в частности, при необходимости пересчитать персонажей на сюжетной картинке «Осторожно», при выполнении проб зрительного предметного гнозиса и т.п. [9]. Отметим также, что при депрессиях позднего возраста никогда не встречаются такие грубые расстройства внимания, как «полевое поведение» или патологическая отвлекаемость [7].

Восприятие времени, по мнению многих современных психологов, является сложной функциональной системой [8]. Эта система включает ориентировку в прошедшем и текущем времени, способность оценки и отмеривания интервалов различной длительности, понимание последовательности или одновременности событий, а также вербальных и образных репрезентаций времени, структурирование и переживание временной перспективы личности как континуума прошлого, настоящего и будущего. При депрессиях позднего возраста в описанной функциональной системе можно выделить сохранные и уязвимые звенья. К первым относится ориентировка во времени, понимание последовательности или одновременности событий, использование логико-грамматических конструкций, описывающих различные временные отношения и категории, владение правилами употребления созданных в процессе культурно-исторического развития средств определения времени (часов, календарей и т.п.). Теперь об уязвимых звеньях. При депрессиях позднего возраста ускоряется течение субъективного времени (у больных, как правило, очень короткая субъективная минута; они склонны к переоценке коротких интервалов времени между двумя щелчками секундомера; у них часто отмечается значительная погрешность при непосредственной (без опоры на часы) оценке текущего времени и продолжительности нейропсихологического обследования) [3]. При поздних депрессиях изменяется по сравнению с нормальным старением и временная перспектива. По данным Опросника временной перспективы личности Ф. Зимбардо [15], у депрессивных пациентов начинают доминировать негативные оценки прошлого, фаталистическое восприятие настоящего, сокращается ориентация на будущее [2].

Если говорить о *тактильном, слуховом, зрительном восприятии*, то в целом они являются достаточно сохранными. Их изменения при депрессиях никогда не квалифицируются как агнозии. В обследованной нами выборке мы практически не наблюдали случаев дефицита тактильного гнозиса, восприятия речи, зрительного предметного и буквенного гнозиса. Однако у достаточно заметной части больных могли иметь место отдельные ошибки в оценке предъявляемых на слух ритмических структур и в оптико-пространственных пробах. В последнем случае это были т. н. ошибки «на шаг» (± 5 минут, ± 1 час) при определении времени по «немым» часам и при самостоятельной расстановке стрелок на нарисованных часах, дефицит проекционных

представлений при самостоятельном рисунке и копировании объемных предметов (стола на четырех ножках, куба и т.п.).

Сфера *произвольных движений* (праксиса) при депрессиях позднего возраста также представляет собой неоднозначную картину. Достаточно редкими являются ошибки в пробах кинестетического и регуляторного праксиса; лишь иногда в этих видах движений возникают т.н. «ошибки внимания», носящие характер единичных проявлений и в большинстве случаев доступные самостоятельной коррекции или исправлению по указанию психолога. Несколько более проблемными представляются области пространственного и динамического праксиса. В сенсibiliзирoванных вариантах проб Хэда (т.е. в воспроизведении перекрестных и двуручных поз) больные депрессиями часто допускают «зеркальные» ошибки или упрощают позу-образец. Интересно, что после минимального вмешательства психолога эти ошибки исчезают и выполнение опять стабилизируется. Данный факт свидетельствует не только о некотором снижении уровня работы пространственного фактора и самостоятельного контроля за протеканием деятельности, но и о возможности компенсации когнитивного дефицита при включении внешнего опосредования. В динамическом праксисе достаточно часто (особенно на начальных этапах выполнения проб) отмечается тенденция к дезавтоматизации движений, к стереотипиям, к снижению самостоятельной речевой регуляции. Эти симптомы также частично доступны компенсации. Проявления дезавтоматизации, дефицита динамической организации движений (А.Р. Лурия называл ее «кинетической мелодией») могут наблюдаться также в письме и при копировании узора из двух меняющихся звеньев [1; 7].

В *речевой сфере* при депрессиях позднего возраста отсутствуют выраженные проявления каких-либо афазий. Тем не менее у большинства больных встречаются отдельные затруднения при припоминании названий деталей предметов (эти вопросы обычно включаются в процедуру исследования зрительного предметного гнозиса). Иногда также наблюдаются трудности дифференциации изображений предметных комплексов, описываемых речевыми конструкциями с предлогами «за» и «перед», «справа» и «слева». При этом конструкции с предлогами «под», «на», «в», как правило, интерпретируются верно.

Что касается *мышления*, то у многих больных наблюдаются отдельные ошибки в процессе серийного вычитания «от 100 по 7» (при сохранности представлений о разрядном строении числа и выполнения отдельных счетных операций). То же самое можно сказать о пробе, в которой на основании результата необходимо реконструировать пропущенный знак арифметического действия [9]. Вызывает затруднения и самостоятельное решение арифметических задач (особенно на этапах ориентировки в условиях, построения программы и ее смены при переходе к новой задаче).

В вербально-логических заданиях у многих больных отмечается неравномерность уровня достижений, когда одни субтесты выполняются быстро и правильно, а в других возникают затруднения или снижение уровня обобщения. Интересно, что примерно у четверти обследованных больных в данной методике, а также при сравнении понятий отмечались случаи использования латентных, необычных свойств предметов, трудности дифференциации их существенных и второстепенных признаков. Такие проявления особенностей познавательной деятельности, характерных для лиц шизоидного круга, свидетельствуют о возможном эндогенном радикале в клинической картине некоторых поздних депрессий.

Объяснение сюжетных картинок в целом доступно депрессивным больным; лишь в небольшом числе случаев отмечаются поверхностные интерпретации их содержания, недостаточное внимание к «индивидуализированным» (по выражению Я.А. Меерсона) признакам изображенных людей и предметов или проявления дефицита simultанности восприятия.

Обсуждение результатов

Полученные данные позволяют сделать ряд замечаний о характере нейрокогнитивного дефицита при поздних депрессиях.

Во-первых, следует сказать о мозговом субстрате описанных симптомов. По всей вероятности, чаще всего можно говорить о дисфункции подкорковых структур мозга. Обработка данных, полученных при проведении нейропсихологического обследования, показывает, что в обследованной группе было 100 больных с дисфункцией подкорковых образований мозга. У 13 больных депрессиями дисфункция подкорковых образований сочеталась с изменениями работы задних (преимущественно височных и/или теменных) отделов мозга; у 47 больных — с изменениями работы передних отделов мозга. У 35 больных мозговая дисфункция носила более обширный характер: наряду с дисфункцией подкорковых образований наблюдались симптомы со стороны как задних, так и передних отделов мозга. У 2 человек обследование не выявило патологии психических функций. Если говорить о преимущественной связи выявленных мозговых дисфункций с изменениями работы полушарий мозга, то можно констатировать, что наиболее вероятным представляется правополушарный акцент симптомокомплекса. Об этом свидетельствует характер выполнения ряда оптико-пространственных проб, изменения восприятия времени, отсутствие сколь-нибудь значительных речевых нарушений и т. д.

Во-вторых, степень выраженности выявленного нейрокогнитивного дефицита в большинстве случаев не является значительной. Эти данные совпадают с клиническими показателями тестовой батареи MMSE, которые выявляют у больных поздними депрессиями отсутствие когнитивных нарушений или наличие нарушений легкой и умеренной степени.

В-третьих, степень выраженности многих аспектов нейрокогнитивного дефицита обнаруживает связь с целым рядом факторов. Это возраст, образовательный уровень, социальный статус. Более успешно с выполнением большинства нейропсихологических методик справляются больные с высшим образованием, продолжающие трудовую деятельность. Результаты снижаются и у больных старше 75 лет по сравнению с более молодыми пациентами. Вместе с тем исследование не выявляет значимых гендерных различий, а также влияния фактора мануальной доминантности.

Выводы

В заключение следует сказать, что разнообразные (по компонентному составу и степени выраженности) проявления нейрокогнитивного дефицита при депрессиях позднего возраста наблюдаются достаточно часто. Поэтому терапия поздних депрессий должна быть направлена не только на оптимизацию аффективного статуса больных, но и на компенсацию некоторых аспектов когнитивного функционирования.

Литература

1. Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Нейропсихологическая диагностика в вопросах и ответах. – М.: Генезис, 2012. – 240 с.
2. Балашова Е.Ю., Микеладзе Л.И. Возрастные различия в восприятии и переживании времени // Психологические исследования. – 2013. – Т. 6, № 30. – С. 9 [Электронный ресурс]. – URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n30/854-balashova30.html> (дата обращения: 10.11.2019).
3. Балашова Е.Ю., Микеладзе Л.И. Оценка временных интервалов и определение времени по часам при аффективных расстройствах в позднем возрасте // Вопросы психологии. – 2015. – № 3. – С. 95–105.
4. Зарудная Е.А., Балашова Е.Ю. Вербальная память в позднем онтогенезе: нормальное старение и депрессии позднего возраста // Психологические исследования. – 2018. – Т. 11, № 57. – С. 2 [Электронный ресурс]. – URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 31.10.2019).

5. Концевой В.А. Функциональные психозы позднего возраста // Руководство по психиатрии: в 2-х т. / под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – С. 667–685.
6. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Социальная психология старения. – М.: Академия, 2002. – 288 с.
7. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М.: Академический проект, 2000. – 512 с.
8. Микеладзе Л.И. Восприятие времени при аффективных расстройствах в позднем возрасте: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2016.
9. Нейропсихологическая диагностика. Классические стимульные материалы / сост. Е.Ю. Балашова, М.С. Ковязина. – М.: Генезис, 2017. – 84 с.
10. Руководство по гериатрической психиатрии / под ред. С.И. Гавриловой. – М.: Пульс, 2011. – 380 с.
11. Ряховский В.В. Ближайшие исходы депрессии у лиц в инволюционном и позднем возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011.
12. Старение мозга / под ред. В.В. Фролькиса. – Ленинград: Наука, 1991. – 279 с.
13. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2010. – 320 с.
14. Хомская Е.Д. Нейропсихология. – М.: МГУ, 1987. – 288 с.
15. Zimbardo P.G., Boyd J.N. Putting time in perspective: a valid, reliable individual-difference metric // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1999. – Vol. 77, № 6. – P. 1271–1288.

Symptoms of neurocognitive deficiency in later life affective disorders

Balashova E.Yu.^{1, 2}

E-mail: elbalashova@yandex.ru

¹ Lomonosov Moscow State University
11/9 Mokhovaya st., Moscow, 125009, Russia
Phone: +7 (495) 629-37-23

² Mental Health Research Center
34, Kashirskoye shosse, Moscow, 115522, Russia
Phone: +7 (495) 109-03-93

Abstract. The article presents an analysis of the symptoms of neurocognitive deficit in late-life depression, revealed in the neuropsychological diagnostic study of 197 patients with depression (average age 68 ± 13 years), who were on inpatient treatment in the clinic of the Scientific center of mental health (Moscow). The results of the study allowed to describe the features of memory, attention, different types of perception, voluntary movements and actions, speech functions, thinking in late depressions. The author of the article formulated assumptions about possible variants of localization of brain dysfunctions in late depression, the degree of severity of neurocognitive deficit, the possible role of age, educational factors and social status in reducing cognitive functioning. The findings state that various manifestations of neurocognitive deficit in late-life depression are observed quite often. Therefore, therapy of late depression should be aimed not only at optimizing the affective status of patients, but also to compensate for the deficit of cognitive functioning.

Key words: aging; depression; mental functions; neurocognitive deficits.

For citation

Balashova E.Yu. Symptoms of neurocognitive deficiency in later life affective disorders. *Med. psihol. Ross.*, 2020, vol. 12, no. 3, p. 8. doi: 10.24412/2219-8245-2020-3-8 [in Russian, abstract in English].