

УДК 159.97

Цветкова Л.С.,* Капитанов Ю.А.,* Цветков А.В.*****

**Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова*

***Геронтопсихиатрический центр Департамента социальной защиты населения г. Москвы*

****Московский научно-практический центр наркологии*

О РОЛИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В СОПРОВОЖДЕНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

L. Tsvetkova,*U. Kapitanov**,*A. Tsvetkov***

**Moscow State University, named after M.V. Lomonosov,*

***Moscow Gerontopsychiatric Center of Social Protection Department,*

****Moscow Theoretical and Practical Center for Addictology*

ON THE ROLE OF NEUROPSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS IN CURING OF PSYCHIATRIC PATIENTS

Аннотация. В работе рассмотрены точки пересечения интересов нейропсихологии, общей психологии и психиатрии. Показано, что основным «общим интересом» является структурно-функциональная характеристика высших психических функций, исследованная существенно менее, чем генетическая характеристика. Особую значимость для психиатрии представляет контроль динамики состояния больного в процессе психофармакотерапии и дифференциальный диагноз разных форм симптоматически схожих психических расстройств. На примере совместного ведения пациента с депрессией продемонстрировано, что нейропсихологическое обследование, функциональная диагностика (ЭЭГ) и психопатологическое обследование органично дополняют друг друга.

Ключевые слова: нейропсихологическая диагностика, психиатрия, депрессия.

Abstract. The article analyses the cross points of neuropsychology, general psychology and psychiatry's interests. It is shown, that the main "general interest" is structural and functional characteristics of higher mental functions, which is considerably less studied than the genetic characteristics. The author mentions issues of particular importance for psychiatry. They are: the control of the patient's state dynamics in the process of psychopharmacotherapy and the differential diagnosis given to different forms of symptomatically similar mental disorders. On the example of joint curing of the patient with depression the author demonstrates that neuropsychological assessment, functional diagnostics (EEG) and psychopathological examination are organically supplementary to each other.

Key words: neuropsychological diagnostics, psychiatry, depression.

Нейропсихология занимает особое место среди психологических наук – она интегрирует данные психологии, нейробиологии и медицины в попытке ответить на вопрос о мозговых механизмах психической деятельности. При этом нейропсихология – сугубо практическая дисциплина, находящая применение во взрослой и детской неврологии, психиатрии, реабилитологии.

Еще в работах Л.С. Выготского [цит. по 5, с. 45] указано, что нейропсихология вносит значимый вклад в исследование функционального плана развития высших психических функций (ВПФ), изученного, с точки зрения автора, менее подробно, нежели онто- и филогенетический. А.Н. Леонтьев [2] также отводил существенное место в психологии изучению мозговых механизмов психики и писал, что проблема мозговых механизмов психических процессов человека является тем критическим пунктом, «перед которым останавливается исследование большинства психологов социологического направления; вместе с тем она имеет принципиальное значение». Достижением отечественной, Лурьевской, нейропсихологии является

введение нарушений психических процессов и структуры деятельности человека в общий контекст современной психологии; разработка последовательного концептуального аппарата. Методологической основой нейропсихологии стал культурно-исторический подход Л.С. Выготского и его последователей [4]. При этом специфика нейропсихологического метода заключается в работе с распавшимися по структуре и деавтоматизированными по протеканию ВПФ. Далее, Лурьевская нейропсихология – не только аналитическая, но и интегративная наука о человеке, объединяющая все три пласта психической реальности (нейробиологический, индивидуально-личностный и социальный). Такой подход позволяет изучать также уровневую структуру дефекта психических процессов, его связь с другими ВПФ как по горизонтали, так и по вертикали. Отличие Лурьевского подхода от нейропсихологии зарубежных стран (в первую очередь, США) состоит в качественном, так называемом «факторном» синдромном анализе, позволяющем вскрыть причинно-следственную структуру дефекта и те общие механизмы, которые имеются в разных ВПФ, составляя ядро «системы функций». Особое место занимает принцип двойной диссоциации, т. е. сохранность одних ВПФ и нарушение других при поражении одного какого-либо участка мозга, что всегда обнаруживается при нейропсихологическом обследовании.

Современная нейропсихология имеет ряд точек пересечения с общепсихологическим знанием [5], равно как и с психиатрическим подходом.

Во-первых, это методологические проблемы психологии, такие, как проблемы социогенеза и прижизненного формирования ВПФ, проблемы формирования ВПФ в предметной деятельности путем трансформации из внешней формы деятельности во внутреннюю. Во-вторых, это проблемы структуры ВПФ и их взаимодействия. Л.С. Выготский рассматривал систему ВПФ как в высшей степени подвижные, в которых целостность превалирует над частью. Выдвигая концепцию системного строения ВПФ, он показал, что система мо-

жет быть первого (взаимосвязь структурных частей и уровней по вертикали) и второго (взаимосвязь ВПФ по горизонтали) порядка. В-третьих, точкой пересечения является широко дискутируемая в психологии концепция деятельности А.Н. Леонтьева: клинический материал нейропсихологии и восстановительного обучения доказывает психологическую реальность «деятельности» и вносит значимый вклад в развитие этой концепции. Не менее важна и проблема семантики сознательной деятельности, значения и смысла – как вербализованного, так и невербального, предметной отнесенности слов, семантики образов. Так, А.Н. Леонтьев писал, что образ формируется не на основе актуальных стимулов, а на основе предваряющей его познавательной гипотезы. Обсуждая вопрос о связи образа с мозгом, А.Н. Леонтьев считал [2], что мозг не содержит в себе ни «треугольных», ни «квадратных» процессов, в нем нет ни параллелизма, ни изоморфизма – образ есть функция, а не содержание мозговых процессов. Нейропсихологические исследования позволяют предположить, что и другие ВПФ являются функцией, а не содержанием мозговых процессов: мозг не содержит в себе ВПФ, а проявляет их. То есть ВПФ в своей взаимосвязи опосредованы рядом других процессов: нервно-регуляторных, физиологических, психофизиологических.

Нейропсихологии работают и над важнейшей проблемой о путях и способах формирования новых «ансамблей функциональных систем» (П.К. Анохин) – в ходе восстановительного, формирующего или коррекционного обучения.

Пересечения нейропсихологии с психиатрией также представлены рядом ключевых проблем [1]. Современная психиатрия интенсивно развивается и активно взаимодействует со смежными научными дисциплинами (как медицинского, так и социально-гуманитарного характера). По мнению В.Н. Краснова [1], уточнение фундаментальных представлений о сути психических расстройств и разработка новых форм помощи больным в немалой степени зависят от выявления психологических

(в частности нейропсихологических) механизмов психической патологии. В.Н. Краснов выделяет следующие направления взаимодействия психиатрии и нейропсихологии [1].

Во-первых, это традиционные для нейропсихологии исследования органических поражений головного мозга – изучение сосудистых, нейродегенеративных ослабляющих процессов на разных этапах, с целью контроля динамики (в том числе, в случае лечения) и выработки критериев ранней диагностики. Во-вторых, уточнение особенностей когнитивных, мотивационных и аффективных нарушений при эндогенных психических заболеваниях. В-третьих, нейропсихологические исследования терапевтической динамики расстройств психических функций: выявление ранних признаков побочного действия психофармакотерапии, определение наиболее щадящих терапевтических средств, что особенно важно в условиях все более расширяющейся амбулаторной терапии. В-четвертых, развитие нейропсихологической реабилитации психически больных – как при экзогенно-органических, так и при эндогенных источниках патологии.

Применение нейропсихологического обследования в сопровождении психиатрических пациентов имеет относительно короткую историю – не более 30 лет и связано в первую очередь с работами Н.К. Корсаковой и ее учеников и сотрудников [4]. Этой научной группой проведены работы в области нейропсихологических основ психозов, болезни Альцгеймера, сосудистой деменции.

Нами предпринята работа по разработке протокола краткого нейропсихологического обследования в рамках клиники зависимого поведения (алкоголизм, наркомания) и сопровождения больных с иными психическими расстройствами непсихотического уровня.

Методика, используемая в нашей работе (на базе Московского научно-практического центра наркологии и иных медучреждений) [3], состоит из следующих блоков.

I. Беседа (приводится набор вопросов для больных на стационарном лечении химиче-

ской зависимости). В ходе беседы больному задаются следующие вопросы:

1. Как Вы себя чувствуете? Как привыкли к режиму лечения? Есть ли жалобы?
2. Что привело Вас к нам в клинику?
3. Вы в первый раз лечитесь? Если лечились, то где?
4. Если был срыв, что было его причиной?
5. А что помогало «держаться»?
6. Что или кто повлиял на Ваше решение лечиться?
7. Что Вы ожидаете от лечения в нашем Центре?
8. Знаете ли Вы о реабилитационной программе [программа стационарной реабилитации по Миннесотской модели]? Собираетесь ли после выписки посещать группы АА/НА?
9. С какими серьезными потерями Вы сталкивались в своей жизни?
10. Что делаете, чтобы расслабиться? Есть ли у Вас увлечения (хобби)?
11. Есть ли у Вас друзья? С кем Вы больше всего общаетесь?

По итогам беседы психолог, помимо конкретных ответов на вопросы, значимых для планирования дальнейших психокоррекционных и реабилитационных мероприятий, отмечает:

- доступен контакту (полностью, частично, недоступен);
- общая активность (заторможен, в норме, гиперактивен);
- речь (интонация – модулированная/нет; развернуто/ односложно; логично / с резонерством; правдиво/уклончиво);
- критика (сохранна, частичная, нарушена);
- поведение (мимика – богатая/бедная/амимичен; пантомима – есть жестикуляция/бедная жестикуляция или отсутствует; фон настроения позитивный/негативный; соответствие мимики настроению – да/нет);
- поведение в ситуации обследования (усваивает или нет инструкции; критичность к ошибкам или неточностям в рассказе; отвлекаемость – да/нет; утомляемость – высокая/норма/ низкая);
- наличие «преобладающей» темы в беседе – да/нет.

II. Сенсо-моторная сфера:

а) таблица Шульте (общий темп, стратегия – планомерная, хаотическая, смешанная);

б) серийный счет, проба «100-7» (ошибки пространственного, персевераторного, регуляторного характера);

в) копирование куба (ошибки пространственного, регуляторного характера, нарушения тонуса);

г) графическая проба «забор» (персеверации, неудержание программы, нарушения тонуса).

III. Память:

а) слухо-речевая память – проба «2 группы по 3 слова» (контаминации, вpletения, утрата порядка слов, «слипание рядов», слабость следовой деятельности) и пересказ короткого рассказа (передача формального сюжета и смысла, вpletения, резонерство);

б) зрительная память: запоминание картинок, отрабатываемых в пробах на Речь (см. ниже) (слабость следовой деятельности, контаминации, вpletения).

IV. Мышление:

а) понимание рассказа (ответы на вопросы о смысле рассказа, о плохом/хорошем герое);

б) рассказ по серии сюжетных картинок (3 картинки) (удержание сюжета, развернутый/неразвернутый рассказ, полная/неполная передача смысла);

в) обобщение 4 предметных картинок одним словом (адекватность выделения существенного признака, адекватность вербализации);

г) «четвертый лишний» – исключение лишнего предмета с объяснением принципа (адекватность выделения существенного признака, адекватность вербализации, способность развернуто пояснить свой ответ/резонерство).

V. Речь:

а) автоматизированная – счет «от 1 до 10 / от 10 до 1» (остановки, сбои в порядке чисел);

б) номинативная, называние картинок по 1, по 2, по 3 – указанных психологом (трудности в формировании предметного образа-представления, особенно в зашумленных картинках);

в) импрессивная (покажи картинку, где...) (трудности понимания обращенной речи)

г) понимание логико-грамматических конструкций: дополнение предложений с пропущенными словами (2 фразы); инверсные конструкции (1-2); понимание пространственных предлогов (необходимость внешней помощи в понимании конструкций / невозможность понимания).

По итогам обследования делается вывод о дефекте/сохранности у больного звеньев психической деятельности, наиболее значимых в процессе реабилитации – речи, мышления, внимания и других, связанных с ними системно. Эти данные предоставляются как лечащему врачу, так и психологам, работающим по реабилитационным программам.

Приведем пример взаимодействия врача-психиатра и нейропсихолога в сопровождении больного с депрессией.

Больной А., 23 лет, образование неоконченное высшее, работает менеджером клиентского отдела.

Жалобы: «в процессе разговора забываю обычные предметы – марку любимых сигарет, обычные фразы, из головы вылетает, что-то я в силе сказать, пытаюсь, но сложно выходит, ни с того ни с сего, в любой момент, при обычной обстановке». Со слов пациента, такие состояния бывают у него в любых условиях – вне зависимости от жары, духоты, жажды, хотя «в последнее время» он отмечает, что иногда «неожиданно бывает душно».

Неврологический анамнез неотягощен. Данные электроэнцефалографии: общий амплитудный фон ЭЭГ снижен, зональные различия сглажены. Во всех отделах мозга преобладает бета-ритм. Медленно-волновая активность диффузного характера представлена: тета и дельта волнами в теменно-центральных областях. Реакция активации – не выражена. Фотостимуляция (усвоение световых сигналов): реакция отсутствует. При гипервентиляции реакция отсутствует. Типичных эпилептиформных знаков и межполушарной асимметрии не выявлено. Картирование ЭЭГ: патологической очаговой активности не выявлено. Зональное

распределение ритмов снижено: во всех отделах регистрируется повышение индекса бета-ритма, снижение индекса альфа ритма и повышение индекса медленно-волновой активности в центральных областях. Выявлен десинхронный тип ЭЭГ с умеренно-выраженными диффузными изменениями биоэлектрической активности головного мозга. Признаки дисфункции диэнцефально-стволовых структур, снижена реакция на афферентные раздражители.

Нейропсихологическое обследование. Внимание (по таблицам Шульте): стратегия хаотическая, не сразу входит в задание, останавливается на числе «20», потом сам себя поправляет и продолжает выполнение, общее время – 40 с. (возрастная норма).

Психомоторная сфера. Графическая проба: забор выполняется замедленно, уверенно, с остановками, есть признаки микрографии и «растягивания» звеньев в пространстве, при попытке выполнить пробу левой рукой – отказ (ввиду невозможности). Пробу на копирование куба выполняет быстро, уверенно, небрежно (штрихи не соединяются в углах, линии кривые).

Память: зрительно-предметная память без особенностей – припомнил 6 предметов из 6. Слухо-речевая память, проба «две группы по 3 слова» – непосредственное воспроизведение в норме, причем обследуемый дополнительно повторяет ряд стимулов, чтобы лучше запомнить. После интерференции групп – верное воспроизведение с большой паузой. После гомогенной интерференции (запоминание и воспроизведение короткого рассказа) – одно слово утрачено из первого ряда (помнит только, что оно на «к») и два слова – из второго ряда (умеренно выраженное снижение памяти). Пересказ короткого рассказа (Галка и голуби): «Галка услышала, что голубей хорошо кормят, побелилась в белый цвет и полетела в голубятню. Голуби ее не узнали, но она не выдержала и закричала... по-своему, голуби ее узнали и выгнали». Таким образом, в рассказе теряется важная смысловая часть (окончание), в котором рассказывается о том, что галку и «свои тоже вы-

гнали» (выраженное снижение памяти), при этом общая структура и смысловые средства рассказа в том объеме, который передан обследуемым, сохранены.

Интеллектуальная деятельность. Вербально-логическое мышление – понимание короткого рассказа (Галка и голуби), в целом смысл понят не вполне корректно, с пониманием вопроса «о чем рассказ, чему он учит?» у обследуемого некоторые затруднения, отвечает он только после паузы: «...хитрости учит своеобразной», на вопрос «кто хороший, а кто плохой в рассказе?» – «галка плохая, голуби хорошие». Наглядно-образное мышление: проба на обобщение предметных картинок выполнена быстро, в целом верно (продукты – «съедобное», единственный нечастотный ответ), ответы быстрые, уверенные. Проба «четвертый лишний»: единичная ошибка с самокоррекцией (градусник, весы, часы, очки – «градусник...очки то есть, не так посмотрел – измерительные приборы»), есть признаки аграмматизма – «кровать – остальное вмещает вещи, а это спальное; балалайка – остальное передает информацию». Рассказ по серии сюжетных картинок (Умная рыбка): задает вопрос «рассказывать подряд?» – «плыла рыбка и увидела, что рыбак закинул крючок, она оказалась умной и поняла, что это крючок, и решила подшутить над ним. Взяла ракушку и надела на этот крючок, и сказала своим маленьким малькам, что к этим крючкам нельзя подплывать. А, нет. Получается, что она раковинкой сняла червяка и отдала малькам!» – т. е. первоначально сюжет был понят неверно, но была самокоррекция. Обращает на себя внимание, что фразы пациента – простой грамматики и словаря. Таким образом, в целом верно выделен существенный признак ситуации, при трудностях в его вербализации.

Речь: диалогическая речь в виде развернутых ответов на вопросы, хотя речевая инициатива в ходе обследования снижена. Автоматизированная, повторная речь, номинативная функция речи в норме. В пробах на логико-грамматические конструкции (инверсия, подстановка слов в предложения, пред-

ложные конструкции): при подстановке слов в предложения требуется вторая попытка, и даже после нее делает ошибку согласования: «за партой сидит ученик и пишет словО». Единичная ошибка в пробах с инверсией.

Нейропсихологическое заключение: у больного можно выделить следующие основные группы нейропсихологических симптомов – некоторые трудности в сфере мышления, как наглядно-образного, так и вербально-логического; трудности в памяти, как слухоречевой, так и зрительной. Стоит отметить, что все симптомы выражены негрубо, что не позволяет предположить органической патологии головного мозга. Указанные симптомы могут быть интерпретированы как снижение функции теменно-височно-затылочной зоны (зоны ТРО) левого полушария.

На основании данных функциональной (ЭЭГ) – присутствие медленно-волновой активности в теменно-центральных областях и нейропсихологической диагностики (снижение функций зоны ТРО левого полушария), а также психопатологического обследования врачом-психиатром был выставлен диагноз: маскированная депрессия на органическом фоне с атипичными паническими атаками (на органическом фоне). Предпринятое лечение – антидепрессант феварин по схеме – через три недели дало выраженный положительный эффект с купированием симптоматики.

С одной стороны, проведенное нейропсихологическое обследование было крайне полезно в плане дифференциальной диагностики (с личностным расстройством) и подбора

терапии – снижение функций левого полушария приводит к более выраженному «голосу» правополушарных процессов, ответственных за преобладание негативных эмоций; с другой стороны – подобного рода обследования с верификацией нейропсихологических данных объективными (ЭЭГ в данном случае) и данными психопатологического обследования позволяют глубже проникнуть в мозговое обеспечение аффективных процессов, как в норме, так и в патологии. Это позволяет сделать **вывод** о перспективности дальнейшего применения нейропсихологической диагностики в сопровождении больных психиатрического профиля.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Краснов В.Н. Роль нейропсихологии в развитии современной психиатрии // Сб. докладов I международной конференции памяти А.Р. Лурия / Под ред. Е.Д. Хомской. – М., 1998. – С. 47-52.
2. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. – М., 1975. – 320 с.
3. Цветков А.В. Методика патопсихологического обследования больных наркотической и алкогольной зависимостью // Сб. материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения». – М., 2011. – С. 174-177.
4. Цветкова Л.С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение. – М. – Воронеж, 2000. – 104 с.
5. Цветкова Л.С. Общепсихологическое значение нейропсихологии А.Р. Лурия // Сб. докладов I международной конференции памяти А.Р. Лурия / Под ред. Е.Д. Хомской. – М., 1998. – С. 37-47.