

ОСОБЕННОСТИ ВКБ ПРИ УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Рогоза Екатерина Вадимовна

студент, Российский государственный гуманитарный университет, РФ, г. Москва

Алексеев Андрей Андреевич

научный руководитель, канд. психол. наук, старший преподаватель кафедры нейро- и патопсихологии, Российский государственный гуманитарный университет, РФ, г. Москва

Аннотация. Настоящее исследование посвящено восприятию своих нарушений пациентами с умеренными когнитивными расстройствами (нарушениями). Выявлено, что при одинаковой структуре нарушений, жалобы и отношение пациентов к дефициту связаны сохранностью критики и уровнем тревоги.

Ключевые слова: умеренные когнитивные нарушения, эмоциональное благополучие, внутренняя картина болезни, критичность, инсайт, память, внимание

Актуальность. Актуальность данной темы продиктована широким распространением когнитивных нарушений среди лиц старшего возраста, по данным ВОЗ, в 2021 году когнитивный дефицит наблюдался у более чем 57 миллионов человек [2]. Вместе с тем существуют расхождения между объективными характеристиками когнитивного дефицита и его субъективной оценкой, рассматриваемой в отечественной психологии, как внутренняя картина болезни (ВКБ) [3]. Это расхождение определяет обращаемость пациентов с выраженными когнитивными расстройствами к специалистам, возможность профилактики и эффективность терапии [1]. Настоящее исследование основано на предположении о том, что умеренные когнитивные нарушения и ВКБ связаны между собой понятием критичности.

Гипотезы:

1. При умеренных когнитивных расстройствах существуют различные варианты соотношения уровней нарушений ВКБ с объективной оценкой: совпадение ВКБ с объективной оценкой нарушений, либо же значительное расхождение.
2. Различия между этими двумя вариантами можно определить понятием «критичность».

Задачей было рассмотреть эти две гипотезы с помощью экспериментального исследования, объективизирующего уровни когнитивных нарушений и субъективную оценку пациентами этих нарушений.

Выборка. В исследуемую группу было включено 17 пациентов с диагностированным легким когнитивным расстройством (F06.7 по МКБ-10), преимущественно сосудистого генеза в возрасте от 45 до 60 лет. Средний возраст пациентов исследуемой группы составил $52,9 \pm 6,0$ лет, образование (в годах в обучения) – $14,2 \pm 2,3$ лет. Набор пациентов в исследуемую группу осуществлялся на базе Центра патологии речи и нейрореабилитации. В исследуемую группу не включались пациенты с выраженными речевыми нарушениями в виде афазий, препятствующими выполнению отобранных для исследования методик.

В контрольную группу было включено 20 условно здоровых испытуемых, не имеющих опыта обращения за психиатрической помощью. Средний возраст испытуемых контрольной группы составил $50,3 \pm 4,2$ лет, образование (в годах в обучения) – $15,5 \pm 0,6$ лет. Выборки были сопоставимы и статистически значимо не отличались по критериям возраста и образования. Участие в исследовании носило добровольный характер. От испытуемых обеих групп исследования было получено устное информированное согласие на участие в исследовании.

Процедура. В исследовании предлагались тесты для оценки оперативной памяти пациентов, объема и распределения внимания, поскольку это были основные жалобы, предъявляемые при обращении в Центр патологии речи и нейрореабилитации. В процессе исследования 10 пациентов из исследуемой группы утверждали, что это осложняет их профессиональную деятельность, заставляет записывать важную бытовую информацию, тратить больше времени на выполнение задач. В 7 случаях пациенты отмечали, что когнитивный дефицит стал замечен близкому окружению и связывали это с усталостью, нарушениями сна и эмоциональными проблемами.

Методики. *Объективизация умеренных когнитивных нарушений:* 10 слов (А.Р. Лурия), «Dots Probe» (MacLeod, Mathews, Tata): трехэтапная проба на зрительно-моторные реакции, оценивающая внимание и исполнительные функции, «Digit Span» (J. Jacobs): кратковременная рабочая память, «Corsi Test» (Philip M. Corsi): невербальная проба на внимание, Таблицы Шульте (Рубинштейн С.Я).

Для субъективной оценки нарушений: «УКР-7» (Морозова М. А., Рупчев Г. Е.): скрининговый опросник, специально разработанный для выявления людей с умеренными когнитивными нарушениями. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (A. S. Zigmond, R. P. Snaithe, адаптация: Морозовой М. А., Потанина С. С., Бениашвили А. Г., Бурминского Д. С., Лепилкиной Т. А., Рупчева Г. Е., Кибитова А. А.).

Результаты эмпирического исследования

Таблица 1.

Значимые различия между группами по результатам выполнения методик «10 слов» и «Таблицы Шульте»

Группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	р-критерий
	Среднее		
Шульте: 1 таблица	35,6	57,2	
Шульте: 2 таблица	36,1	57,0	
Шульте: 3 таблица	37,3	56,4	
Шульте: среднее	34,3	56,9	
10 слов: 1 попытка	6,7	4,5	
10 слов: 2 попытка	7,6	5,9	
10 слов: 3 попытка	8,2	6,5	
10 слов: 4 попытка	9,0	7,4	
10 слов: 5 попытка	9,2	7,4	
10 слов: сумма	40,5	31,8	
10 слов: отсроченное воспроизведение	8,2	4,6	

По результатам дескриптивной статистики у здоровых испытуемых и испытуемых с УКР наблюдаются значимые различия в мнестической и аттентивной сферах (см. таблица 1). Анализируя результаты контрольной группы по методике «10 слов», успешность воспроизведения испытуемых демонстрирует нормальные значения, что говорит об отсутствии нарушений непосредственной памяти. Результат, полученный в ходе проведения «Таблиц Шульте», также свидетельствует о сохранности аттентивной сферы, хорошем объеме и распределении внимания.

Таблица 2.

Значимые различия между группами по показателям компьютерных тестов на рабочую память, концентрацию и распределяемость внимания

Группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	p-value для контрольной и исследуемой выборки
	Среднее		
Digit span (maximum span)	7,2	4,7	0
Corsi block task (max spin)	5,9	4,9	0,01
Dots: Конгруэнтная серия Правильные ответы	19,8	19,7	0,95
Dots: Конгруэнтная серия (секунды)	0,6	1,3	0
Dots: Неконгруэнтная серия правильные ответы	19,6	17,5	0,02
Dots: Неконгруэнтная серия (секунды)	1,5	2,0	0
Dots: Смешанная серия правильные ответы	39,6	34,7	0,09
Dots: Смешанная серия (секунды)	1,5	2,1	0
Dots: Смешанная серия Конгруэнтные правильные ответы	18,6	17,3	0,21
Dots: Смешанная серия неконгруэнтные правильные ответы	19,5	17,5	0,08

По результатам компьютерных проб у пациентов с УКР также обнаруживаются нарушения памяти, проблемы с распределяемостью внимания (см. таблица 2).

Таблица 3.

Субъективное восприятие своего дефицита по опроснику УКР-7

	Исследуемая группа	Контрольная группа	p-value
	Среднее		
УКР1	0,41	0,35	0,717

УКР2	0,59	0,15	0,006
УКР3	0,76	0,4	0,609
УКР4	0,65	0,15	0,002
УКР5	0,47	0,3	0,301
УКР6	0,65	0,2	0,007
УКР7	0,59	0,1	0,002
УКР: сумма	3,76	1,65	0,005

По результатам опросника «УКР-7» отсутствие значимости наблюдалось по утверждениям, имеющим наиболее приемлемую в социальной среде формулировку, не всегда означающую действительное наличие у человека когнитивного дефицита (см. таблица 3).

Исходя из результатов опросника каждого испытуемого с УКР, исследуемая группа была поделена на две группы в зависимости от суммарного балла: на группу, чьи результаты не превышают норму, и на группу, превышающую нормативные результаты, в которой испытуемые критично отмечают у себя наличие когнитивных нарушений.

Таблица 4.

Значимые различия между группами пациентов с УКР по результатам выполнения методик «10 слов» и «Таблицы Шульте»

	Результат выше нормы	Результат ниже нормы	p-value
	Среднее		
Шульте: 1 таблица	55	61	0,42
Шульте: 2 таблица	57	57	0,36
Шульте: 3 таблица	56	57	0,5
Шульте: среднее	56	58	0,37
10 слов: 1 попытка	4	5	0,2
10 слов: 2 попытка	6	6	0,38
10 слов: 3 попытка	6	7	0,21
10 слов: 4 попытка	8	7	0,46
10 слов: 5 попытка	8	7	0,42
10 слов: сумма	31	32	0,29
10 слов: отсроченное	5	5	0,42

Оценивая результаты по объективным когнитивным пробам, значимых различий не обнаруживается, что говорит о сходной картине нарушений.

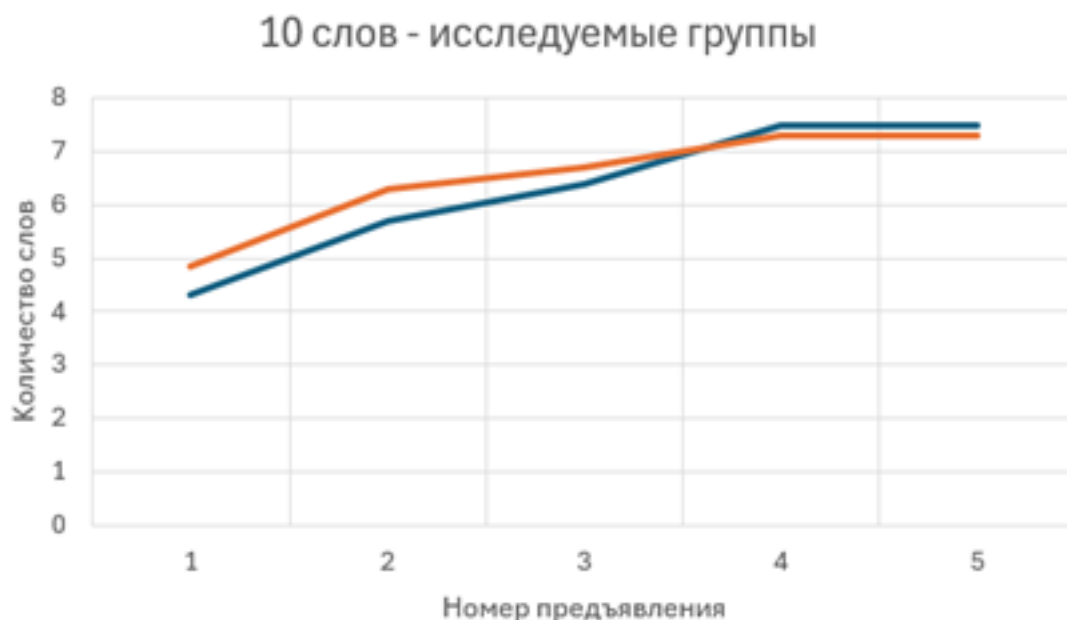


Рисунок 1. Кривая запоминания пациентов с УКР в методике «10 слов»

Динамика выполнения проб «10 слов» и «Таблицы Шульте» проиллюстрирована графически, где синей линией обозначается группа, критично относящаяся к своему состоянию, при котором ВКБ совпадает с объективной картиной нарушений, а оранжевой – наоборот (см. рисунок 1, рисунок 2).

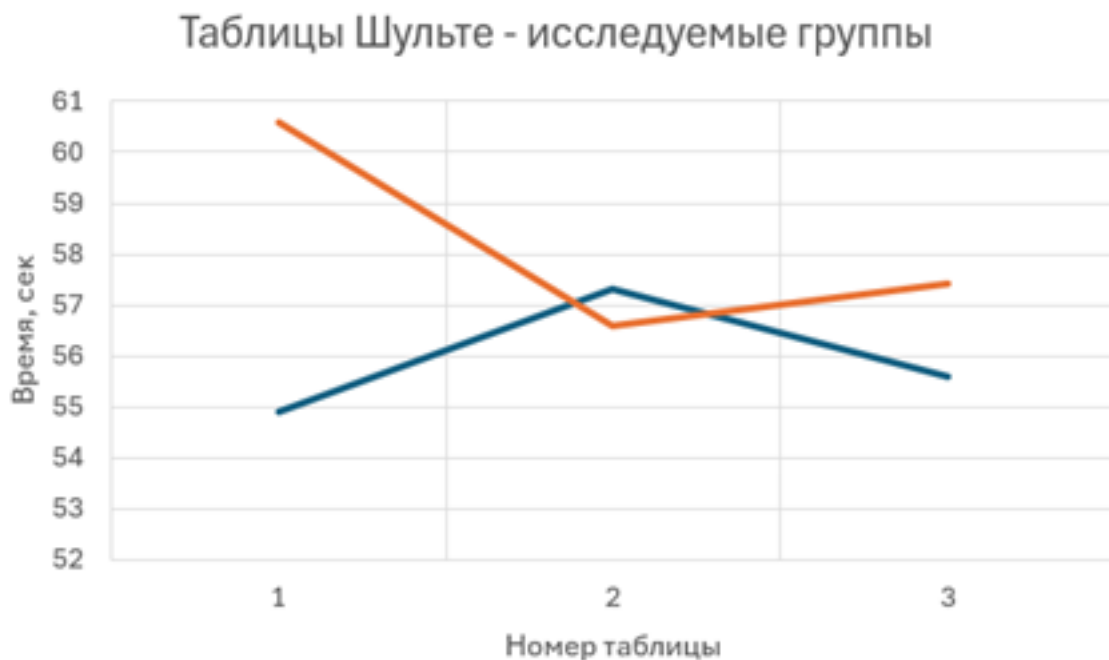


Рисунок 2. Кривая внимания пациентов с УКР в методике «Таблицы Шульте»

Стоит отметить, что группа с искаженным представлением о своем когнитивном дефиците,

обладает явно более долгим периодом вработываемости в «Таблицах Шульте». При этом обе кривые зигзагообразны, что говорит о неустойчивости при выполнении задания.

Таблица 5.

Анализ различий между группами пациентов с УКР по показателям тревоги и депрессии

	Результат выше нормы	Результат ниже нормы	p-value
	Среднее		
HADS: тревога	8,2	3	0,00639
HADS: депрессия	7,7	4,4	0,02018

По результатам оценки тревожных и депрессивных тенденций у испытуемых, по обоим шкалам наблюдаются значимые различия (см. таблица 5). В группе испытуемых с наиболее сохранной критикой, тревожные и депрессивные тенденции демонстрируют патологически повышенные результаты, что может отражать присутствующее беспокойство о своем состоянии.

У пациентов со сниженной критикой это проявляется в сниженных показателях, явно заметных по шкале тревоги.

Обсуждение результатов

При одинаковом уровне когнитивных нарушений у пациентов различается внутренняя картина болезни. Это проявляется как в самоотчете пациентов, так и при оценке уровня тревоги. Сниженный уровень тревоги с расхождением ВКБ и объективных показателей в сравнении с повышенным уровнем тревоги свидетельствуют о нарушении критичности пациентов.

Выводы

1. У пациентов с жалобами на ухудшение памяти и внимания выявляются умеренные когнитивные расстройства, заключающиеся в снижении объема кратковременной памяти, отсутствии вработываемости, ухудшении отсроченного воспроизведения при произвольном запоминании.
2. Пациенты, обращающиеся за помощью, по-разному оценивают уровень и причины ослабления когнитивных функций: в 59% ВКБ соответствуют картине выявленных нарушений. В 41% ВКБ пациенты объясняют возникшими у них ситуационными проблемами, эмоциональными состояниями.
3. Совпадение и расхождение объективной картины снижения когнитивного дефицита и ВКБ, подкрепляемые данными об уровне тревожности пациентов, может характеризовать их уровень критичности.
4. Результаты свидетельствуют о значительном влиянии эмоциональной составляющей уровня тревоги на объективную оценку своих когнитивных функций.

Список литературы:

1. Petersen RC. Mild Cognitive Impairment. Continuum (Minneap Minn). // Dementia. - 2016. -

№Vol.22, No.2. - pp. 404–418.

2. Деменция // Всемирная организация здравоохранения URL: <https://www.who.int/> (дата обращения: 11.07.2025).

3. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. - 4-е изд. - М.: Медицина, 1977. - 111 с.