

<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-12-10>

Анозогнозия и эмоциональные расстройства в структуре дефицита при остром нарушении мозгового кровообращения

М. Агафонова², кандидат медицинских наук,
Н. Маслова¹, доктор медицинских наук,
М. Бабурина²,
А. Раков²

¹Смоленский государственный медицинский университет

²Смоленская областная клиническая больница

E-mail: agafonova.marina.sm@mail.ru

Проведены комплексное общепсихологическое и нейропсихологическое обследование и оценка тяжести неврологического моторного дефицита (по стандартным шкалам) у 33 пациентов в остром периоде ишемического инсульта. Представлены данные о частоте выявления у пациентов эмоциональных, когнитивных нарушений и анозогнозии.

Ключевые слова: неврология, постинсультная депрессия, постинсультная апатия, анозогнозия, тревожно-депрессивное расстройство, эмоциональные нарушения, инсульт.

Для цитирования: Агафонова М., Маслова Н., Бабурина М. и др. Анозогнозия и эмоциональные расстройства в структуре дефицита при остром нарушении мозгового кровообращения // Врач. – 2018; 29 (12): 42–45. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-12-10>

В странах Восточной Европы и СНГ отмечается прирост заболеваемости и смертности от острых сосудистых поражений мозга – до 13,0% ежегодно [8]. По данным Федеральной службы государственной статистики, в структуре смертности от болезней системы кровообращения сосудистые заболевания головного мозга (ГМ) занимают 2-е место (39,0%), как и в структуре общей смертности населения (23,4%). Число больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в РФ в 2017 г. составило 514 014 человек, из них 80,8% – с первичными инсультами [6].

Для России последних 5 лет характерно увеличение заболеваемости инсультом и последующей инвалидизации наряду с уменьшением смертности от инсульта. В последующие 20 лет ожидается увеличение заболеваемости ОНМК на 11,0%, что будет сопровождаться социальными потерями и значительным экономическим ущербом [1], из чего можно сделать вывод о необходимости дальнейшего развития системы помощи больным с когнитивными и моторными дефектами после инсульта: повышение внимания к мерам профи-

лактики, увеличение доступности, качества и адекватности системы реабилитации больных в остром и последующих периодах ОНМК.

Значительным препятствием для реабилитации пациента является феномен анозогнозии. В рамках ОНМК врачами-неврологами анозогнозия часто рассматривается только как симптом игнорирования неврологического дефекта в двигательной сфере, и ее изучение заключается в констатации и описании этого феномена [3]. В связи с этим необходимо отметить, что понятие анозогнозии должно рассматриваться в более широком и комплексном смысле, затрагивая также когнитивную и эмоциональную сферы.

Анозогнозия (греч. *nosos* – болезнь, *gnosis* – знание, познание) имеет большое количество трактовок и в той или иной мере встречается при множестве заболеваний. Оксфордский толковый словарь по психологии приводит 2 определения данного понятия, рассматривая его в поведенческом и клиническом аспектах [7]:

- анозогнозия как нежелание или неспособность распознавать расстройство или болезнь и соответственно вести себя;
- неврологическое расстройство, характеризующееся неспособностью понимать, что кто-то страдает каким-то расстройством.

Большая энциклопедия по психиатрии трактует анозогнозию как отсутствие или утрату осознания болезни у пациентов с психическим расстройством или центральной неврологической патологией [5].

Наиболее короткое и емкое определение дают В.М. Блейхер и И.В. Крук (1995) [4]: «анозогнозия – отсутствие сознания болезни».

В клинической психологии и психосоматике анозогнозия рассматривается в рамках внутренней картины болезни, включающей в себя сенсорный, интеллектуальный и когнитивный компоненты [9].

Данный тип внутренней картины болезни – анозогнозический – может проявляться как полным отрицанием наличия заболевания или дефекта, так и пренебрежительным отношением к симптомам и лечению при признании наличия того или иного расстройства. В этом случае наблюдаются стремление сохранить прежний образ жизни, частые нарушения лечебно-режимного режима и избегание лечебных процедур. Пациенты с анозогнозическим отношением к болезни надеются на то, что симптомы со временем исчезнут без медицинского вмешательства.

Причины анозогнозии имеют как клиническую, так и психосоциальную основу. Нейропсихологический анализ указывает на ведущую роль теменной зоны правого (субдоминантного) полушария в формировании осознания заболевания. К формированию анозогнозической реакции может привести также преобладание таких психологических защит, как вытеснение и отрицание. Свой вклад вносят и определенная система ценностей, мировоззрение больного, когда

акцент делается на здоровье, активности и успехе, а нарушающие социальное функционирование болезненные симптомы чаще вычеркиваются из картины мира [10].

Отдельно стоит выделить роль анозогнозии в формировании комплаенса, поскольку высокий уровень сотрудничества между пациентом и врачом играет большую роль в успехе лечения. Исследования, посвященные данной проблеме, указывают на обратную зависимость между выраженностью анозогнозии и приверженностью пациента лечению [2]. Пациенты с анозогнозическим отношением к болезни склонны нарушать режим лечения и не следовать советам врача, пропускать прием препаратов и т.д., в то время как осознание пациентом своей болезни способствует более внимательному к ней отношению.

В исследовании приняли участие 33 пациента в остром периоде ишемического инсульта (ИИ) в возрасте от 31 до 87 лет (15 мужчин и 18 женщин), проходивших лечение в неврологическом взрослом отделении для лечения и ранней реабилитации больных с ОНМК (Смоленская областная клиническая больница). Средний возраст пациентов – $65,5 \pm 11,6$ года.

В исследование включали пациентов, соответствующих следующим критериям: наличие подтвержденного диагноза ИИ (верификация по данным магнитно-резонансной томографии или компьютерной томографии ГМ); отсутствие грубых речевых расстройств и доступность для продуктивного контакта; состояние ясного сознания; отсутствие признаков декомпенсации сопутствующих хронических заболеваний и клинических признаков острого тяжелого инфекционно-воспалительного процесса; ведущая рука – правая.

По данным нейровизуализации локализация ишемии в области белого вещества была установлена у 3,0% пациентов, мозжечка – у 6,0%, моста – у 3,0%, ствола – у 6,0%. Правополушарный инсульт наблюдался в 9,0% случаев, также справа в области височной доли – в 3,0% случаев, в области затылочной доли – в 3,0% и лобной доли – также в 3,0%. Очаг ишемии слева в затылочной доле установлен у 3,0% пациентов и в теменной области – у 9,0%.

Степень неврологического дефицита оценивалась нами по шкале NIHSS, индексу мобильности Рэнкина, уровню когнитивной и двигательной анозогнозии – по Методике оценки нарушений осознания двигательных и когнитивных возможностей у больных с поражением ГМ. Особенности эмоциональной сферы изучались по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), шкале

апатии (Starkstein G. и соавт., 1990), уровень самооценки – по методике Дембо–Рубинштейн. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы Statistica 6.0.

Средний балл по шкале NIHSS составил $7,0 \pm 4,5$ (неврологические нарушения легкой степени), по индексу мобильности Рэнкина – $3,0 \pm 1,3$ (умеренное нарушение жизнедеятельности, способность ходить самостоятельно с опорой на ходунки, потребность в некоторой помощи).

При оценке эмоциональной сферы получены следующие результаты: средний балл по шкале тревоги – $5,7 \pm 4,1$ (норма), по шкале депрессии – $7,6 \pm 5,8$ (близкий к субклинически выраженному уровню депрессии). При этом количественно субклинически и клинически выраженный уровень тревоги наблюдался у 36,4% обследованных, аналогичные уровни депрессии – у 39,4%. Тревожное расстройство в большинстве случаев носило ситуационный характер, было обусловлено фактом остро возникшей болезни с неврологическим дефектом и самой госпитализацией как сменой привычного бытового стереотипа. Уровень апатии в среднем составил $12,6 \pm 10,0$ балла (норма), количественно клинически значимый уровень апатии выявлен у 39,4% обследованных.

Анализ данных, полученных с помощью методики Дембо–Рубинштейн, выявил следующие результаты: в среднем испытуемые оценивали свое здоровье в $4,9 \pm 2,5$ балла (средний уровень), способности – в $6,3 \pm 2,7$ балла (средний уровень), характер – в $6,4 \pm 2,9$ балла (средний уровень), ощущение счастья – в $5,6 \pm 3,8$ балла (также средний уровень).

Анозогнозия двигательной дисфункции выявлена в 3,0% случаев, в то время как анозогнозия когнитивной дисфункции – у 18,2% пациентов. Результаты статистического анализа данных представлены в табл. 1.

Таким образом, характеризуя эмоциональную сферу пациентов, можно говорить о наличии прямой положительной взаимосвязи между уровнем депрес-

Таблица 1

Кoeffициенты корреляции между показателями

Показатель	Шкала Рэнкина	ССДВ	СООДВ	Депрессия	Способности (ум)	Характер	Счастье
NIHSS	0,8	-0,6	-0,6	–	–	–	–
Тревога	–	-0,3	–	0,4	–	–	–
Апатия	–	–	–	0,5	-0,4	-0,3	–
Здоровье	–	–	–	-0,3	–	–	0,5
Характер	–	–	–	-0,3	–	–	–
СООКВ	–	–	–	-0,4	–	–	–

Примечание. ССДВ – субшкала самооценки двигательных возможностей; СООДВ – субшкала объективной оценки двигательных возможностей; СООКВ – субшкала объективной оценки когнитивных возможностей.

сии и тревогой ($rS=0,4$), апатией ($rS=0,5$). Отрицательная корреляционная зависимость наблюдается между уровнем депрессии, апатии и самооценкой пациентами своего характера (соответственно $rS=-0,3$ и $rS=-0,3$), между уровнем депрессии и самооценкой состояния здоровья ($rS=-0,3$), между уровнем апатии и самооценкой умственных способностей ($rS=-0,4$), т.е. чем ниже самооценка пациента по шкале «Здоровье», тем ярче выражена апатично-депрессивная симптоматика и т.д.

Обнаружена также корреляция между высоким уровнем депрессии и низкой объективной оценкой психологом когнитивных возможностей пациента по соответствующей шкале анозогнозии ($rS=-0,4$). Такой результат обусловлен взаимодействием ряда явлений, возникающих изолированно, но чаще сопутствующих друг другу: реальное когнитивное снижение в острый

период ОНМК, проявления псевдодементных расстройств на фоне эмоциональных нарушений (чаще – апатично-депрессивного спектра), развитие реактивной ситуационной депрессии и апатии с уходом от активной физической и нейропсихологической реабилитации под маской признания своей когнитивной некомпетентности и неспособности быть комплаентным в реабилитации, искусственное (и неосознанное) занижение своего реабилитационного потенциала.

Уровень тревоги положительно коррелирует с самооценкой пациентом двигательных возможностей. При этом тревога проявляется тем ярче, чем хуже пациент себя оценивает по двигательной шкале ($rS=-0,3$). Как правило, такое эмоциональное состояние связано с беспокойством по поводу возможности возвращения в прежние бытовые и трудовые условия.

Особо стоит отметить то, что самооценка пациентами своего здоровья напрямую отражается на самооценке такого показателя, как счастье ($rS=0,5$).

На основе структурно-функциональной модели мозга, предложенной А.Р. Лурия (1970, 1973), нами были проанализированы изучаемые параметры по 3 функциональным блокам. В среднем степень неврологического дефицита по всем 3 блокам ГМ оказалась примерно равной (1-й блок – $5,7 \pm 5,2$ балла, 2-й – $6,0 \pm 3,4$ балла, 3-й – $6,6 \pm 4,2$ балла). Аналогичная ситуация наблюдается с индексом мобильности по шкале Рэнкина (1-й блок – $2,5 \pm 1,7$ балла, 2-й – $2,8 \pm 1,1$ балла, 3-й – $2,9 \pm 1,2$ балла).

Более выраженные различия выявлены при анализе показателей эмоциональной сферы. Так, уровень тревоги выше при поражении 1-го блока (энергетического) ГМ, уровень депрессии – при поражении 2-го и 3-го блоков, апатии – при поражении 2-го блока. Средние показатели представлены на рис. 1.

Самостоятельная оценка пациентами по шкалам «Здоровье» и «Способности» примерно одинакова при дисфункции любого из блоков. В то же время свой характер и уровень счастья выше оценивают пациенты с дисфункцией 1-го блока (рис. 2), тогда как пациенты с поражениями 2-го блока (прием, переработка и хранение экстероцептивной информации) и 3-го (программирование и контроль) более депрессивны и апатичны.

По Методике оценки анозогнозии двигательные возможности в среднем реалистичнее оцениваются пациентами с дисфункцией 2-го блока. Когнитивные возможности оцениваются примерно одинаково при дисфункции любого блока ГМ. Однако во всех случаях самооценка пациентом своих умственных возможностей в данный период болезни несколько выше объективной шкальной оценки (табл. 2).

Таким образом, осуществляя и прогнозируя результаты комплексной нейропсихологической реабилитации пациентов, перенесших ОНМК, важно учитывать наличие у пациента эмоциональных расстройств в виде

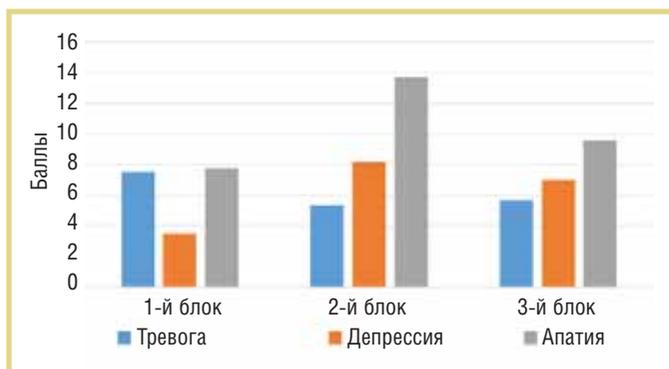


Рис. 1. Средние показатели состояния эмоциональной сферы

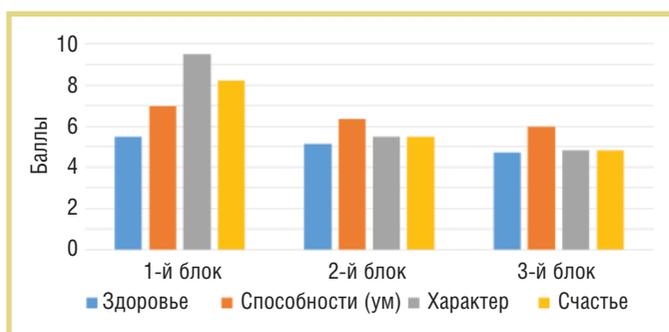


Рис. 2. Средние показатели по шкалам Дембо–Рубинштейн

Двигательные возможности		Когнитивные возможности	
самооценка	объективная оценка	самооценка	объективная оценка
12,0±7,6	10,8±8,4	16,0±2,9	14,8±3,9
15,5±4,4	14,4±4,8	15,8±2,9	13,7±3,5
12,6±6,3	11,3±6,7	16,1±3,7	13,6±3,8

симптомов депрессии, апатии и тревоги, а также явлений анозогнозии. Данные состояния зачастую лишают возможности сделать пациента активным участником когнитивной и физической реабилитации либо значительно снижают степень его самостоятельного участия в этом процессе. Депрессия, тесно связанная с заниженной самооценкой, проявляется в том, что пациент может оценивать свое состояние, свои возможности и перспективы намного хуже, чем объективно оценивают специалисты, и прикладывать минимум усилий в процессе восстановления. Однако нередко наблюдается и обратная ситуация, в которой пациент переоценивает свое состояние, отрицает реально существующий дефицит (особенно в когнитивной сфере), также остается пассивным участником реабилитации и в дальнейшем имеет низкую комплаентность и высокий риск повторных ОНМК с более негативными моторными и когнитивными дефектами.

Исходя из этого, медицинскому психологу необходимо дифференцировать вклад эмоциональных и когнитивных нарушений в существующий дефицит функций. Учитывая их взаимовлияние, важно правильно выбирать тактику нейропсихологической работы, выявлять первичные мишени коррекционного воздействия и вторично возникшие симптомы. Работа, корректно проведенная в данном направлении, позволит добиться более адекватной оценки и отношения пациента к своему состоянию, более активного и эффективного его включения в процесс реабилитации.

* * *

*Авторы заявляют об отсутствии
конфликта интересов.*

Литература

1. Агафонов К.И., Трясунова М.А., Горбатенко О.А. и др. Экономические аспекты лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения // Смоленский мед. альманах. – 2016; 1: 11–5.

2. Баранова О.В. Алкогольная анозогнозия и ее преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2005.

3. Белкин А.А., Волкова Л.И., Лейдерман И.Н. Инсульт: Клинико-организационное руководство по оказанию медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (профилактика, диагностика, лечение) на догоспитальном и госпитальном этапах / Екатеринбург: Изд-во УрГУ, 2006; 127 с.

4. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов / Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995; 640 с.

5. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии. 2-е изд. / Джангар, 2012.

6. Избранные вопросы нейрореабилитации. Мат-лы X Межд. конгр. «Нейрореабилитация-2018». Под ред. Г.Е. Иванова и др. Москва, 31 мая – 1 июня 2018 г.

7. Оксфордский толковый словарь по психологии. Под ред. А. Ребера, 2002. [Электронный ресурс]. – URL: [vocabulary.ru] (дата обращения: 21.05.2018).

8. Парфенов В.А., Чердак М.А., Вахнина Н.В. и др. Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших ишемический инсульт // Неврол., нейропсихиат., психосомат. – 2012; 4 (2S): 17–22. DOI: 10.14412/2074-2711-2012-2504/

9. Вассерман Л.И., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005; 33 с.

10. Тухтарова И.В., Биктимиров Т.З. Соматопсихология: Хрестоматия / Ульяновский гос. университет, 2006; 716 с.

ANOSOGNOSIA AND EMOTIONAL DISORDERS IN THE STRUCTURE OF DEFICIT IN ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT

M. Agafonova², *Candidate of Medical Sciences*; **N. Maslova¹**, MD; **M. Baburina²**, **A. Rakov²**

¹Smolensk State Medical University

²Smolensk Regional Clinical Hospital

The authors have conducted a comprehensive general psychological and neuropsychological examination and evaluated the severity of neurological motor deficit (using standard scales) in 33 patients with acute ischemic stroke. They present data on the detection rate of emotional, cognitive impairment, and anosognosia in the patients.

Key words: *neurology, poststroke depression, poststroke apathy, anosognosia, anxiety-depressive disorder, emotional disorders, stroke.*

For citation: Agafonova M., Maslova N., Baburina M. et al. Anosognosia and emotional disorders in the structure of deficit in acute cerebrovascular accident // *Vrach.* – 2018; 29 (12): 42–45. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-12-10>