

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.89-008.46/.47-036.865-053.88

М.Г. Дашина, Н.И. Караченцева, Н.Н. Тимошников

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ОСВИДЕТЕЛЬСТВУЕМЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю» Минтруда России, 656059,
г. Барнаул

Статья посвящена вопросу повышения эффективности и качества медико-социальной экспертизы людей пожилого и старческого возраста в бюро смешанного профиля. Обоснованы необходимость экспериментально-психологической диагностики для всестороннего, комплексного обследования данной категории больных и ее влияние на формирование клинко-экспертного диагноза и вынесение экспертного решения. Приведено современное определение когнитивных функций, а также классификация когнитивных нарушений, используемая в клинической неврологии. Указаны применяемые нами при психологическом обследовании методы и методики, проанализированы особенности нарушений когнитивных функций у лиц пожилого возраста при сосудистых и дегенеративных заболеваниях головного мозга в сравнении с «успешным» старением. Разделены значимые для вынесения экспертного решения при проведении медико-социальной экспертизы нарушения когнитивных функций (при поражениях головного мозга) и незначимые (обратимые формы, возрастное снижение).

Ключевые слова: *пожилой возраст, когнитивные нарушения, диагностика, медико-социальная экспертиза, экспериментально-психологическое обследование.*

THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH IN ASSESSMENT OF COGNITIVE DECLINE AMONG EXAMINED ELDERLY PATIENTS

M.G. Dashina, N.I. Karachentseva, N.N. Timoshnikova

The Main Bureau of Medico-Social Expertise of the Altai Territory, 656059, Barnaul, Russian Federation

The article focuses on improving the efficiency and quality of health and social assessment of middle-aged and old people in the bureau of the mixed profile. The necessity of an experimental psychological diagnosis for a comprehensive, integrated examination of these patients and its influence on the clinical expert diagnosis and expert determination. Given the current definition of cognitive functions, and classification of cognitive impairment that is used in clinical neurology. Methods and techniques used by us for a psychological examination were indicated, the features of cognitive impairment in the elderly with cardiovascular and degenerative diseases of the brain in comparison with the «successful» aging were analyzed. Significant impairments were divided to make expert decisions during conduction of medical and social expertise (patients with lesions of the brain) and non-significant (reversible form, age-related decline).

Key words: *elderly, cognitive impairment, diagnosis, medical and social assessment, experimental psychological examination.*

Гериатрические проблемы являются одними из важнейших в клинической неврологии в связи с тем, что в настоящее время более 15% населения России составляют лица пожилого и старческого возраста и численность их непрерывно растет при общем сокращении численности населения. Эта тенденция делает актуальной гериатрическую проблематику и для специалистов бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ). Согласно данным ежегодных отчетов, в Алтайском крае в 2010 г. число освидетельствованных лиц пенсионного возраста составляло 32% от общего числа освидетельствований, в 2011 г. – 33%, в 2012 г. – 35%. Увеличение доли пожилых людей среди освидетельствуемых обуславливает необходимость по-

вышения эффективности проводимой у них медико-социальной экспертизы [1].

Изменения когнитивных функций (памяти, внимания и т.д.) обычно сопутствуют старению, но причины когнитивных нарушений в пожилом возрасте разнообразны. Инволютивные изменения головного мозга сами могут быть причиной легкого снижения памяти и внимания. Также следует учитывать, что возраст является наиболее сильным фактором риска развития сосудистых и дегенеративных заболеваний головного мозга с клиникой когнитивных нарушений [2].

Принято считать, что возрастное снижение когнитивных функций начинается после 30 лет, а наиболее значительные изменения происходят в возрастном промежутке от 45 до 60 лет. Важнейшими характеристиками возрастных когнитивных нарушений, которые не оказывают существенного влияния на качество жизни пожилого человека, являются замедление мнестико-интеллектуальной деятельности, снижение

Для корреспонденции:

Дашина Марина Геннадьевна – мед. психолог высшей категории экспертного состава № 2; 656059, г. Барнаул, пр. Ленина, 5; e-mail: mse22@mail.ru.

способности концентрировать свое внимание в течение длительного времени, уменьшение объема оперативной памяти. При этом возрастные изменения когнитивных функций не затрагивают память на текущие и отдаленные события жизни, приобретенные в прошлом навыки, словарный запас, способность к обобщениям и построению умозаключений, общую осведомленность. Не характерны в этих случаях первичные нарушения гнозиса или праксиса. Многочисленные исследования в области медицины и психологии дают основания утверждать, что выраженность возрастного снижения когнитивных способностей зависит от генетических детерминантов, перенесенных заболеваний, уровня образования, рода занятий, образа жизни. Но возможно и «успешное» старение без заметного снижения когнитивных процессов [2].

Следует помнить, что существуют обратимые формы когнитивных нарушений – при системных дисметаболических расстройствах: гипотиреозе, дефиците витамина В₁₂, фолиевой кислоты и т.д. Обратимыми являются также когнитивные нарушения, связанные с депрессией. При депрессии мнестические нарушения затрагивают как недавние, так и отдаленные события, могут отмечаться существенные различия результатов выполнения заданий одинаковой сложности. Часто выявляются нарушения, связанные с расстройствами произвольного внимания, скоростью психомоторных реакций, анализом деталей. Необходимо учитывать, что у этих больных нарушения памяти преимущественно обусловлены нарушением мотивации (они вторичны по отношению к сфере потребностей – то, что вызывает активное отношение, интерес, запоминается лучше, чем нейтральные стимулы). Но следует подчеркнуть, что само по себе наличие депрессии не означает, что когнитивные нарушения носят вторичный по отношению к ней характер [2–5].

Неврологические расстройства у пожилых людей наиболее очевидно проявляются в нарушениях двигательных и когнитивных функций, которым часто сопутствуют и изменения эмоциональной сферы. Качество и степень выраженности каждого из них обусловлены локализацией и объемом поражения мозга, характером патологического процесса [2]. В связи с этим в организациях, оказывающих лечебно-профилактическую помощь, и службе МСЭ возникает необходимость проведения исследований, направленных на оценку памяти, внимания, мышления и особенностей нейродинамики с целью выявления когнитивных нарушений, определения их стойкости и степени выраженности, возможности коррекции, правильной оценки реабилитационного прогноза. Психологическое исследование в экспертной практике является составной частью комплекса функциональных клинко-диагностических методов и помогает объективизировать состояние больного [3, 4].

Когнитивные (познавательные, высшие корковые, высшие психические) функции наиболее сложные интегрированные функции головного мозга, при помощи которых обеспечивается познание мира и осуществляется процесс целенаправленного взаимодействия с ним [6].

К когнитивным функциям относятся: восприятие (гнозис) – способность распознавать информацию,

поступающую от органов чувств; память – способность запечатлевать, сохранять и в нужный момент воспроизводить усвоенную информацию; праксис – способность планировать и осуществлять двигательные акты; речь – способность понимать и выражать мысли при помощи слов; мышление (интеллект) – способность анализировать информацию, выявлять сходства и различия, выносить суждения и умозаключения; внимание – способность поддерживать оптимальный для умственной деятельности уровень психической активности [6].

Когнитивные нарушения отрицательно сказываются на адаптации инвалида в самых разных сферах его жизни: повседневной бытовой, учебной, профессиональной, социальной.

Когнитивные нарушения являются одним из видов нервно-психических расстройств, которые включают также изменения в эмоциональной и поведенческой сфере. К ним относятся

- депрессия: снижение фона настроения и/или утрата чувства удовольствия от жизни;
- апатия: снижение мотивации и инициативы, отсутствие или уменьшение какой-либо продуктивной деятельности;
- тревога: чувство немотивированного страха, беспокойство, внутреннее напряжение, которые могут сопровождаться вегетативными проявлениями;
- раздражительность и агрессивность;
- бесцельная двигательная активность;
- нарушения сна: трудности засыпания, частые ночные пробуждения, дневная сонливость, психомоторное возбуждение по ночам;
- нарушения пищевого поведения: снижение или повышение аппетита, изменение пищевых пристрастий (например, повышенная тяга к сладкому, что часто отмечается при патологии лобных долей головного мозга), гиперорализм (постоянное жевание, сосание, причмокивание и др.);
- нескромность: утрата чувства дистанции, нескромные или нетактичные вопросы и замечания и др.;
- психотические расстройства: бред (преследования, ревности, двойников) и галлюцинации (чаще зрительные в виде людей или животных).

Когнитивные, эмоциональные и поведенческие расстройства тесно взаимосвязаны [6].

В клинической неврологии выделяют легкие, умеренные и тяжелые когнитивные нарушения [2, 6].

Легкие когнитивные нарушения характеризуются снижением по сравнению с преморбидным уровнем отдельных когнитивных функций, которые формально могут оставаться в пределах среднестатистической возрастной нормы или отклоняться от нее незначительно. Такие изменения могут вызывать беспокойство больного, но часто незаметны для окружающих и внешне не влияют на профессиональную, социальную и иную активность.

Для умеренных когнитивных нарушений характерно снижение когнитивных способностей, которое явно выходит за рамки среднестатистической возрастной нормы, обращает на себя внимание самого больного или окружающих его лиц, но существенно не мешает обычной жизни, хотя и может вызывать

затруднения в сложных и новых видах деятельности. Они не ограничивают самостоятельность и независимость больного, не вызывают дезадаптации в повседневной жизни.

Под тяжелыми когнитивными нарушениями подразумевают выраженное снижение когнитивных способностей, которое приводит к существенным затруднениям в повседневной жизни (профессиональная деятельность, хобби и увлечения, взаимодействие с другими людьми, быт, самообслуживание), частичной или полной утрате независимости и самостоятельности.

Когнитивное снижение в бюро МСЭ мы выявляем комплексно, с помощью трех методов: клинико-психологического, психобиографического, экспериментально-психологического (ЭПО), при этом ЭПО стоит на первом месте по значимости [1, 3, 4].

ЭПО уточняет данные клинико-психологического и психобиографического методов, дает количественную информацию о состоянии когнитивных процессов, исследование которых проводится с помощью различных многофункциональных патопсихологических методик. В практике МСЭ предпочтение отдается традиционным патопсихологическим методикам для исследования когнитивных психических процессов, показавшим достаточную надежность в определении степени изменения (снижения) памяти, внимания и уровня мышления [1, 3, 4, 7].

Исследование когнитивной сферы у пожилых людей при освидетельствовании в бюро МСЭ включает оценку внимания, ориентировку, память на недавние и отдаленные события, речь, праксис, зрительно-пространственные функции, счет, способность к мыслительной деятельности и выработке суждений. При анализе ответов больного всегда учитывается его преморбидный интеллектуальный уровень. В беседе и процессе выполнения экспериментальных заданий также оценивается состояние его эмоционально-волевой и поведенческой сферы [1, 2, 4, 5].

Для первичной синдромальной диагностики когнитивных нарушений у пожилых людей при освидетельствовании мы нередко используем скрининговые шкалы: краткая шкала оценки психического статуса (MMSE); тест рисования часов; батарея тестов лобной дисфункции; клиническая рейтинговая шкала деменции (CDR); тест пяти слов; тесты для оценки концентрации внимания и речевой продукции – таблицы Шульте; тест вербальных ассоциаций [2, 5, 6, 8]. Но формальный подход к интерпретации результатов этих шкал может привести к диагностической и экспертной ошибке.

Результаты выполнения больным психологических тестов вообще не следует рассматривать в отрыве от клинических и анамнестических данных.

Для выявления уровня ориентировки обследуемого во времени, ситуации, месте и собственной личности мы просим больного назвать дату, место нахождения и основную информацию о себе (биографические данные, анамнез заболевания и др.). Дезориентировка во времени и месте отмечается главным образом при нарушениях памяти, интеллекта или расстройствах сознания и др.

Для оценки расстройства произвольного внимания

всегда используем таблицы Шульте. По результатам теста выявляются объем внимания, его концентрация, устойчивость, возможности переключения и распределения, умственная работоспособность, наличие вработываемости, истощаемость психической деятельности.

Для исследования процессов памяти (запоминания, сохранения, воспроизведения вербального материала) применяем пробу на запоминание 10 слов. Методика необходима для оценки состояния кратковременной и оперативной (фиксационной) памяти, утомляемости и активности внимания. Расстройства памяти возникают не только при органических поражениях головного мозга, они наблюдаются при переутомлении, неврозах и др. Для получения более веских данных о степени и стойкости мнестических нарушений используем шкалу памяти Векслера [1, 3].

Гнозис и праксис исследуем с помощью специальных заданий. Предлагаются предметы, окружающие больного, и проверяется их узнавание по чувственным восприятиям (зрительным, слуховым, осязательным, вкусовым, обонятельным). Для исследования зрительно-предметного гнозиса показываем различные реальные предметы. При наличии агнозии больной не только не может их назвать, но и не способен объяснить их назначение. Для оценки праксиса просим испытуемого продемонстрировать выполнение каких-либо целенаправленных действий (например, «покажите, как разрезают ножницами бумагу» или «как зажигают спичку» и др.).

Во время беседы мы оцениваем речевую активность больного, беглость речи (число слов, произносимое за единицу времени), понимание обращенной речи. Номинативную функцию речи исследуем, показывая ему различные реальные предметы, которые он должен назвать. Также просим повторить отдельные слоги, слова или фразы [4, 6].

Для определения изменения уровня мышления применяем методики сравнения понятий, исключения понятий и предметов, классификации предметов, вычленения переносного смысла метафор, пословиц, поговорок, подбор фраз к пословицам. Предлагаемые методики могут применяться при любом образовательном уровне испытуемых. С операционной стороны оцениваем снижение уровня обобщения, сравнения, недостаточность абстрагирования. С динамической стороны нарушения мышления выявляем признаки в виде истощаемости, замедленности, тугоподвижности мыслительной деятельности (обстоятельность, детализированность и вязкость суждений). Степень изменения мышления (легкая, умеренная и выраженная) определяем с использованием количественных и качественных показателей выполнения больным деятельности.

Для оценки интеллектуального уровня используем батарею Д. Векслера (WAIS), взрослый вариант. Подсчитываем коэффициент IQ, который сопоставляется с клинической оценкой интеллекта и ее верификацией в анамнезе с помощью психобиографического метода.

Анализ и обработка полученных результатов ЭПО выполняется психологом, уточняется стойкость и степень (выраженная, умеренная, легкая)

нарушений памяти, мышления, внимания, других когнитивных функций. В заключении психолог-эксперт в обязательном порядке приводит качественные и количественные данные. Сопоставление экспериментально-психологических и клинических данных позволяет уточнить особенности выявленных отклонений. Следует помнить, что установление диагноза заболевания не относится к компетенции психолога [3, 4].

Психологическое заключение используется врачами МСЭ для формирования экспертного диагноза, уточненной оценки степени нарушений психических функций и в итоге определения группы инвалидности. Сотрудниками кафедры социальной психиатрии и психологии ФГБОУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России установлено, что точность диагностики и МСЭ пожилых людей повышается за счет комплексного применения клинического, параклинического и экспериментально-психологического обследования [1].

При формировании индивидуальной программы реабилитации инвалида или программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания таким больным необходимо определить нуждаемость в проведении психокоррекционных мероприятий, которые зависят от степени тяжести расстройств и структуры ведущего синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Милютин С.М., Саковская В.Г. Экспериментально-психологическая диагностика в комплексной медико-социальной экспертизе при непсихотических нарушениях в пожилом возрасте. Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. 2011; 4: 262–4.
2. Артемьев Д.В., Захаров В.В., Левин О.С., Преображенская И.С., Яхно Н.Н. Старение и нейродегенеративные расстройства: когнитивные и двигательные нарушения в пожилом возрасте. М.; 2005.

3. Войтенко Р. М. Социальная психиатрия и экспертная психология. Екатеринбург; 2006.
4. Коган В.М. Принципы и методы психологического обследования в практике ВТЭ. М.; 1967.
5. Дамулин И.В. Некоторые аспекты дифференциальной диагностики и терапии деменций: Методическое пособие для врачей. М.; 2004.
6. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локишина А.Б., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А. Деменции: Руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ; 2010.
7. Зейгарник Б.В. Патопсихология: основы клинической диагностики и практики: Учебное пособие. М.: Эксмо; 2008.
8. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике. Неврологический журнал. 2006; 11 (прил. № 1): 4–12.

REFERENCES

1. Miljutin S.M., Sakovskaja V.G. Experimental-psychological diagnostics in the complex of medical-social expertise with non-psychotic violations in old age. Vestn. S.-Peterb. un-ta. Ser.12. 2011; 4: 262-4 (in Russian).
2. Artem'ev D.V., Zaharov V.V., Levin O.S., Preobrazhenskaja I.S., Jahno N.N. Aging and neurodegenerative disorders: cognitive and motor impairments in the elderly. M.; 2005 (in Russian).
3. Vojtenko R. M. Social psychiatry and psychology expert. Ekaterinburg, 2006 (in Russian).
4. Kogan V.M. Principles and methods of psychological examination in the practice of medical-and-labor examination. M., 1967 (in Russian).
5. Damulin I.V. Some aspects of the differential diagnostics and therapy dementias. The methodical manual for physicians. M., 2004 (in Russian).
6. Yakhno N.N., Zaharov V.V., Lokshina A.B., Koberskaja N.N., Mhitarjan Je.A. Dementia: a guide for physicians. MEDpress-inform, 2010 (in Russian).
7. Zeygarnik B.V. Pathopsychology: fundamentals of clinical diagnosis and practice: a training manual. M.: Jeksmo, 2008 (in Russian).
8. Yakhno N.N. Cognitive disorders in neurological clinic. Nevrol. zhurn. 2006; 11; prilozhenie № 1: 4–12 (in Russian).

Поступила 25.01.13

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

С 1 сентября на сайте Научной Электронной Библиотеки **www.elibrary.ru** открывается подписка на электронную версию нашего журнала на 2013 г., а также на другие журналы издательства «Медицина» на 2014 год. Также Вы можете оформить подписку на архивные номера или на отдельную заинтересовавшую Вас статью из любого номера журнала, начиная с 2012 г.