

В.Б. Михайлов<sup>1</sup>, И.В. Здесенко<sup>2</sup>**ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ**<sup>1</sup> Харьковский национальный медицинский университет (Харьков, Украина)<sup>2</sup> Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины (Харьков, Украина)

Определены особенности клинической структуры, закономерности формирования, развития и течения депрессивных и когнитивных расстройств у больных, перенесших мозговую инсульт (МИ). У пациентов с МИ первичным является нарушение уровня сознания с когнитивными и астеническими нарушениями с последующим формированием психоэмоциональных расстройств, тревожно-депрессивных нарушений с элементами ипохондризации на фоне сохраняющихся когнитивных расстройств.

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, когнитивные расстройства, система психотерапевтической коррекции, мозговой инсульт

**DYNAMICS OF FORMATION AND DEVELOPMENT OF DEPRESSIVE AND COGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS AFTER CEREBRAL STROKE**V.B. Mikhaylov<sup>1</sup>, I.V. Zdesenko<sup>2</sup><sup>1</sup> Kharkov National Medical University, Kharkov, Ukraine<sup>2</sup> Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of NAMS of Ukraine, Kharkov, Ukraine

Features of clinical structure, regularities of formation, development and course of depressive and cognitive disorders in patients after cerebral stroke were determined.

In patients with cerebral stroke the disorder of state of consciousness with cognitive and asthenic disorders with further formation of psychoemotional disorders with elements of hypochondria on the background of remaining cognitive disorders are primary.

**Key words:** depressive disorders, cognitive disorders, psychotherapeutic correction system, cerebral stroke

Проблема взаимоотношений психических и соматических взаимоотношений давно вышла за рамки сугубо медицинской и получила также социальную и экономическую важность. Главными составляющими социально-экономического аспекта являются частичная и полная потеря трудоспособности и высокий суицидальный риск больных этой группы [2, 6].

Особое место в структуре психосоматической патологии занимает проблема сердечнососудистых заболеваний, в частности, мозгового инсульта (МИ) [3, 6, 7, 8, 9]. По данным разных авторов, у 30–60 % больных, перенесших МИ, отмечается формирование депрессивной и когнитивной симптоматики, которая осложняет течение, приводит к неуклонному прогрессированию заболевания, отрицательно влияет на процесс реабилитации, снижает качество жизни, является одной из главных причин инвалидности пациентов. Коррекция депрессивных состояний является составной частью реабилитационных программ у постинсультных больных [3, 7, 8, 9].

Именно поэтому **целью** нашего исследования стало усовершенствование методов коррекции и вторичной профилактики депрессивных и когнитивных расстройств на основе выявления клинических особенностей и механизмов их формирования у больных, перенесших МИ.

Нами проведено динамическое клинико-психопатологическое обследование 60 пациентов, перенесших ишемический МИ. Из всех обследованных 70 % (42 человека) составляли мужчины и 30 % (18 человек) – женщины. Большинство обследованных

относились к возрастным группам 56–65 лет (43,3 % (26 человек)) и 46–55 лет (41,7 % (25 человек)), 15 % (9 человек) больных – к возрастной группе 36–45 лет. Средний возраст пациентов составил  $53,3 \pm 5,5$  года.

Среди обследованных пациентов у 42 больных (70 %) в патологический процесс были вовлечены бассейны средних мозговых артерий, у 18 (30 %) – вертебробазилярный бассейн. Количество пациентов, перенесших ишемический МИ в бассейне левой и правой средних мозговых артерий, совпадало и составляло 21 человек (35 %).

Обследование пациентов проводилось в 4 этапа: 1-й этап – в течение 28 дней с момента перенесенного ИМ или МИ (острый период); 2-й этап – через 3 мес. после события; 3-й этап – через 6 мес. после события (восстановительный период); 4-й этап – через 1 год после события (период последствий). На протяжении всего периода обследования на фоне базисной терапии пациентам проводились психотерапевтическая коррекция и психологическая поддержка.

Нами были использованы следующие методы исследования: клинико-психопатологические; психодиагностические (изучение личностной тревожности и реактивной тревоги по шкале Спилбергера – Ханина; оценка депрессии по шкалам Гамильтона (HDRS) и Бека; оценка когнитивных функций по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE), набору тестов речевой активности Исаака (IST), тесту Заззо (ZCT) (восьмистрочная версия); изучение личностных особенностей по методике Леонгарда – Шмишека в адаптации В.М. Блейхера, тесту Айзенка (Eysenck

Personality Inventory – EPI); оценка качества жизни пациентов по I. Mezzich et al. (1999) в адаптации Н.А. Маруты); статистические [1, 4, 5].

Выявленные клинико-психопатологические нарушения у больных с МИ, особенности их клинической структуры и динамики позволили выделить ведущие клинические синдромы и типы отношения пациентов к болезни, которые представлены в таблице 1.

Полученные результаты показали, что у всех обследованных больных в остром периоде МИ (1-й этап исследования) отмечались различные варианты нарушения сознания. Обращает на себя внимание высокая представленность (в 93,3 % случаев) поверхностных форм нарушенного сознания – сомноленции (10,0 %), обнубленияции (46,7 %) и легкого оглушения (36,6 %). У 6,7 % больных отмечались более выраженные (по глубине) нарушения сознания (сопор).

Синдром когнитивных нарушений отмечался у 83,3 % пациентов, характеризовался дефектностью мнестических, интеллектуальных функций и эмоциональной сферы.

Базисным также был астенический синдром (66,7 %), характеризовавшийся повышенной утомляемостью, раздражительностью, общей слабостью, сниженной работоспособностью, неустойчивостью настроения.

У 66,7 % больных отмечался болевой синдром, характеризующийся головными болями, болями в эпигастрии, кардиалгиями.

На 2-м этапе исследования (3 месяца после перенесенного МИ) представленность и выраженность когнитивных нарушений уменьшались (66,7%), на первое место выходили психоэмоциональные расстройства.

Ведущим оставался астенический синдром, приобретающий ипохондрическую (10,0 %), депрессивную (33,3 %), тревожную (16,7 %), истероформную окраску (6,7 %). У больных появлялись элементы психастенически-обсессивного характера: утрачивался интерес к общению с окружающими, обнаруживались ранее не свойственные им мнительность, тревож-

ность, неуверенность в себе. Отмечалось неустойчивое с оттенком тоскливости настроение, появлялись признаки снижения личностной устойчивости к эмоционально-психогенным факторам внешней среды.

Астено-ипохондрический синдром характеризовался сочетанием астенических проявлений с чрезмерным сосредоточением больных на своих ощущениях и их преувеличением.

Астено-депрессивный синдром выражался в сниженном, подавленном настроении, заторможенности, снижении интеллектуальной и общей активности, ухудшении самочувствия в вечерние часы, иногда – в суицидальных мыслях, нарушении сна. Большое значение в диагностике депрессивного состояния у больных имели невербальные характеристики: мимика, поза, застывшее, печальное, тревожное выражение лица, тихий монотонный голос и др.

Астено-тревожный синдром характеризовался появлением непреодолимых страхов, сомнений, представлений с сохранением критического к ним отношения на фоне выраженных клинических астенических проявлений.

Истероформный синдром проявлялся в демонстративном характере поведения с «заимственной» симптоматикой. В рамках данного синдрома у больных отмечалась неврологическая симптоматика (двигательные и чувствительные нарушения), которая не соответствовала локализации очага ишемии головного мозга.

Анозгностическое отношение к болезни (10 %) проявлялось отсутствием восприятия и осознания болезни (больные заявляли, например, что не могут встать, потому что устали), отказом от лечения, нарушением процесса узнавания близких родственников, медицинского персонала, временной потерей ориентировки. Выраженность анозгностических расстройств коррелировала с тяжестью МИ и с выраженностью когнитивного дефицита.

На 3-м этапе исследования у 80,0 % больных отмечались когнитивные нарушения, степень выраженности которых у 70,0 % соответствовала умеренным

**Таблица 1**  
**Ведущие клинические синдромы и типы отношения к болезни у лиц, перенесших мозговую инсульт**

Синдром	Представленность на этапах обследования							
	1-й этап		2-й этап		3-й этап		4-й этап	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нарушенного сознания	60	100,	–	–	–	–	–	–
Болевой	40	66,7	32	53,3	26	43,3	20	33,3
Фобический	6	10,0	8	13,3	12	20,0	10	16,7
Астенический	40	66,7	24	40,0	12	20,0	10	16,7
Астено-ипохондрический	2	3,3	6	10,0	10	16,7	8	13,3
Астено-депрессивный	16	26,7	20	33,3	24	40,0	20	33,3
Астено-тревожный	2	3,3	10	16,7	14	23,3	14	23,3
Истероформный	–	–	4	6,7	4	6,7	4	6,7
Когнитивных нарушений	50	83,3	40	66,7	48	80,0	44	73,3
Анозгностическое отношение	8	13,3	6	10,0	4	6,7	3	5,0

когнитивным нарушениям (общий показатель по шкале MMSE составлял  $25,2 \pm 0,2$  баллов из 30 возможных). В зависимости от ведущего клинического компонента в структуре синдрома выделялись три его варианта: дементивный – с преобладанием интеллектуально-мнестического снижения; аффективно-неустойчивый – с преобладанием нарушений в эмоционально-волевой сфере; характеропатический – с превалированием изменений личности на фоне интеллектуально-мнестических нарушений. У 10,0 % больных диагностировалась деменция легкой степени выраженности (общий показатель по шкале MMSE составлял  $22,5 \pm 0,2$  баллов из 30 возможных).

На этом этапе у больных нарастала выраженность психоэмоциональных расстройств, депрессивных реакций.

Выраженность депрессии, тревоги коррелировала с тяжестью неврологического дефицита и его влиянием на качество жизни. Важными факторами, влияющими на депрессивные, психоэмоциональные нарушения, были: беспомощность, речевые нарушения, инвалидизация, социальная изоляция, потеря работы.

На 4-м этапе исследования сохранялась тенденция выраженности психоэмоциональных расстройств, депрессивных реакций на фоне когнитивных нарушений, однако количественная представленность ведущих синдромов снижалась.

Так, астено-депрессивный синдром встречался у 33,3 % больных, астено-тревожный – у 23,3 %, астено-ипохондрический – у 13,3 %, фобический синдром – у 16,7 %, анозогностические расстройства – у 5,0 %. На этом этапе исследования частота когнитивных нарушений составляла 73,3 %. Снижение представленности синдрома когнитивных нарушений коррелировала со снижением частоты и выраженности психоэмоциональных нарушений. Когнитивные нарушения умеренной степени выраженности наблюдались у 63,3 % больных (общий показатель по шкале MMSE составлял  $26,1 \pm 0,2$  балла из 30 возможных). Количество пациентов, у которых была диагностирована деменция легкой степени выраженности, не изменялось (10,0 %) (общий показатель по шкале MMSE составлял  $22,5 \pm 0,2$  баллов из 30 возможных).

Полученные данные комплексного динамического исследования клинико-психопатологических и психодиагностических особенностей больных, перенесших МИ, позволили разработать систему дифференцированной, патогенетически обоснованной психотерапевтической коррекции депрессивных и когнитивных нарушений у этих пациентов.

Основными принципами построения данной системы были: раннее начало, этиопатогенетическая направленность, этапность, дифференцированность, комплексность, достижение конечного результата.

На основе данных комплексного обследования для каждого больного была составлена индивидуальная программа психотерапевтической помощи с учетом особенностей пациента и клинической картины заболевания. Применялись как индивидуальные, так и групповые формы психотерапии.

В реализации системы психотерапевтических и реабилитационных мероприятий мы выделяли

5 этапов: 1-й этап – диагностический; 2-й этап – адаптирующий, терапевтического альянса; 3-й этап – лечебно-корректирующий, основной; 4-й этап – заключительный; 5-й этап – психопрофилактический.

**Диагностический этап** был направлен в основном на изучение личности больного: изучение преморбидных особенностей личности; определение типа психогенной реакции; установление степени компенсации нарушенных функций; психологическое тестирование, определение внушаемости. На этом этапе проводилось 5–7 индивидуальных занятий на протяжении 2 недель.

**Второй этап – адаптирующий, терапевтического альянса** – состоял из 2–3 индивидуальных и 2–3 групповых занятий в течение 2 недель. Основными задачами этапа являлись: установка психологического, эмоционального контакта с больным; формирование доверия к врачу, адекватного отношения, позитивной установки к психотерапевтическому процессу. Среди мероприятий данного этапа важное значение имели анализ жалоб больного, тяжести психоэмоциональных расстройств, когнитивного дефицита. На данном этапе устанавливался психологический контакт между больным и врачом-психотерапевтом (наилучшим типом отношений являлся принцип партнерства).

Главная направленность психотерапии этого этапа – симптоматическая. Основными методами психотерапевтических воздействий на данном этапе были: рациональная психотерапия, непрямая психотерапия (потенцирование комплекса медикаментозного лечения, диеты, физиотерапии, а также действий врача-интерниста как ключевой фигуры лечебного процесса).

**Третий этап – лечебно-корректирующий, основной** – состоял из 5–6 индивидуальных и 8–12 групповых занятий на протяжении 9 недель. Основными задачами этапа являлись: достижение положительной динамики эмоционального состояния больного; изучение и перестройка личностных реакций больного, его системы отношений, масштаба переживаний болезни, ее социальной значимости; коррекция психоэмоциональных нарушений пациентов. Основными направлениями психотерапевтической коррекции у больных, являлись: купирование чувства страха; снижение уровня тревоги и депрессии, ипохондрии, астении; нормализация психического статуса; коррекция когнитивного дефицита; купирование клинических проявлений соматического заболевания.

Важное место на этом этапе занимала и работа по восстановлению социального функционирования пациентов в макро- и микросоциальной среде.

Главная направленность психотерапии третьего этапа – патогенетическая. Задачи этапа реализовались с помощью индивидуальной работы с пациентом с последующим подключением личностно-ориентированной, рациональной психотерапии, аутотренинга (АТ) для больных, перенесших ИМ; гипносуггестивной, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, когнитивного тренинга, АТ для больных, перенесших МИ.

**Четвертый этап – заключительный** – включал 3–5 индивидуальных и 6–7 групповых занятий в течение 8 недель. Этап предполагал постепенное завер-

шение основных лечебных мероприятий. Основными задачами этапа являлись: закрепление достигнутого терапевтического результата, навыков психотерапевтической саморегуляции, скорректированной системы жизненных целей, ценностей, отношения к заболеванию, своего «Я» и окружающей среды. Методы и формы влияния те же, что и на третьем этапе, но при этом изменялась их направленность. Так, проводимые психотерапевтические мероприятия приобретали характер социального тренинга с учетом индивидуальных микросоциальных аспектов. В этом периоде возрастало значение таких психотерапевтических методик, как аутотренинг, рациональная психотерапия, самовнушение, для больных МИ – когнитивный тренинг и когнитивно-бихевиоральная психотерапия.

Основной психотерапевтической методикой на этом этапе становилась АТ, которая проводилась с целью общего успокоения и обучения мобилизации в любой ситуации. АТ давала возможность регулировать тонус поперечно-полосатой и гладкой мускулатуры, осуществлять контроль за вегето-висцеральными системами, стабилизировать психо-эмоциональное состояние больного.

**Пятый этап – психопрофилактический.** Длительность этапа – 6 месяцев. На этапе осуществлялось психотерапевтическое сопровождение больного. Пациентами осуществлялись визиты 1–2 раза в месяц. Проводилось 6–12 сеансов групповой психотерапии, при необходимости – 6–12 индивидуальных занятий. Использовались аутотренинг, рациональная психотерапия, когнитивный тренинг и когнитивно-бихевиоральная психотерапия. Главная направленность психотерапии на четвертом и пятом этапах – профилактическая.

Таким образом, полученные результаты показали, что у пациентов с МИ первичным является нарушение уровня сознания с когнитивными и астеническими нарушениями с последующим формированием психоэмоциональных расстройств, тревожно-депрессивных нарушений с элементами ипохондризации на фоне сохраняющихся когнитивных расстройств.

Разработана система психотерапевтической коррекции депрессивных и когнитивных расстройств у лиц, перенесших МИ, построенная по мультимодальному принципу. Она включала проведение гипносуггестивной, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, когнитивного и аутотренинга. Апробация разработанной нами системы показала значительное улучшение у 77 % больных, частичное улучшение – у 13 % больных.

#### Сведения об авторах

**Михайлов Владимир Борисович** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии Харьковского национального медицинского университета (61022, Украина, г. Харьков, пр. Ленина, 4; e-mail: MykhaylovV@yandex.ru)

**Здесенко Ирина Владимировна** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Института неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины (61001, Украина, г. Харьков, ул. Академика Павлова, 46; e-mail: IZdesenko@yandex.ru)

#### Information about the authors

**Mikhaylov Vladimir Borisovich** – Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Psychiatry of Kharkov National Medical University (Lenin av., 4, Kharkov, Ukraine, 61022; e-mail: MykhaylovV@yandex.ru)

**Zdesenko Irina Vladimirovna** – Candidate of Medical Science, Leading Research Officer of Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of NAMS of Ukraine (Academician Pavlov str., 46, Kharkov, Ukraine, 61001; e-mail: IZdesenko@yandex.ru)

#### ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Белова А.Н. Шкалы и опросники в неврологии и нейрохирургии. – М., 2004. – 432 с.

Belova A.N. Scales and questionnaires in neurology and neurosurgery. – Moscow, 2004. – 432 p. (in Russian)

2. Долженко М.Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях // Практична ангиологія. – 2006. – Т. 2, № 1. – С. 17–23.

Dolzhenko M.N. Depressive and anxious disorders at cardiovascular diseases // Praktichna angiologija. – 2006. – Vol. 2, N 1. – P. 17–23. (in Russian)

3. Михайлов Б.В. Соматоформные расстройства // Здоров'я України. – 2007. – С. 27–28, 53–55.

Mikhaylov V.B. Somatoform disorders // Zdorov'ja Ukraini. – 2007. – P. 27–28, 53–55. (in Russian)

4. Мищенко Т.С., Шестопалова Л.Ф. Клинические шкалы и психодиагностические тесты в диагностике сосудистых заболеваний головного мозга // Новости медицины и фармации. – 2009. – № 277. – С. 62–74.

Mischenko T.S., Shestopalova L.F. Clinical scales and psychodiagnostic tests in the diagnostics of vascular diseases of brain // Novosti medicyny i farmacii. – 2009. – N 277. – P. 62–74. (in Russian)

5. Мищенко Т.С., Шестопалова Л.Ф., Трещинская М.А. Клинические шкалы и психодиагностические тесты диагностики сосудистых заболеваний головного мозга: метод. рек. – Харьков, 2008. – 36 с.

Mischenko T.S., Shestopalova L.F., Treschinskaya M.A. Clinical scales and psychodiagnostic tests of diagnostics of vascular diseases of brain: guideline. – Kharkov, 2008. – 36 p. (in Russian)

6. Ратманова А. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность – статистика по европейским странам // Med. Rev. – 2009. – Вып. 1 (6). – С. 6–12.

Ratmanova A. Cardiovascular morbidity and mortality – statistics of European countries // Med. Rev. – 2009. – Vol. 1 (6). – P. 6–12. (in Russian)

7. Gump B.B., Matthews K.A., Eberly L.E., Chang Y.F. Depressive symptoms and mortality in men: results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial // Stroke. – 2005. – Vol. 36. – P. 98–102.

8. Ming L. Stroke: encouragement and disappointment in clinical trials // Lancet Neurol. – 2008. – Vol. 7 (1). – P. 5–7.

9. Markus H., Pereira A., Cloud G. Stroke medicine. – Oxford: Oxford University Press, 2010. – 567 p.