

УДК 159.9.072
ББК 88.48.5

Т.Ю. СЫЧЕВА, И.А. КУРУСЬ, Д.О. ШУХТУЕВА

ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АРТ-ТЕРАПИИ

Ключевые слова: постинсультные когнитивные нарушения, тревога и депрессия, арт-терапия, психоэмоциональное состояние.

Цель работы состоит в том, чтобы проследить динамику когнитивных и психоэмоциональных нарушений у больных с ОНМК при проведении арт-терапии. Исследование проведено на базе Городской клинической больницы № 2 г. Новосибирск. Для диагностики когнитивных дисфункций использовалась методика КНОКС (авт. И.М. Тонконогий, Ю.В. Микадзе), при выявлении и оценке тяжести проявления депрессии и тревоги применялась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS, авторы A.S. Zigmond и R.P. Snaith). Состояние когнитивных функций больных примерно в половине случаев (52%) остается в норме после перенесенного инсульта, у 43% проявляется легкая степень дефекта и у 3% средняя степень когнитивного дефекта. Больше всего страдают следующие функции: распознавание незавершенных изображений, нахождение сходства между предметами и внимание. Один из самых низких показателей был выявлен по шкале «Внимание». Многие больные после перенесенного инсульта оказались не способны длительно поддерживать внимание на необходимом уровне. Выявлена положительная динамика психоэмоционального состояния, снижения тревоги и депрессии при прохождении арт-терапии. Арт-терапия с помощью метода мандалы рекомендуется к использованию в психотерапевтической работе с больными с ОНМК.

T. SYCHEVA, I. KURUS, D. SHUKHTUEVA

DYNAMICS OF COGNITIVE AND PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH ACUTE DISORDER OF CEREBRAL CIRCULATION AT ART-THERAPY

Key words: post-stroke cognitive impairment, anxiety and depression, art therapy, psychoemotional state.

The aim of the work is to trace the dynamics of cognitive and psychoemotional disorders in patients with ONMC during art therapy. The study was conducted on the basis of the City Clinical Hospital No. 2 in Novosibirsk. To diagnose cognitive dysfunctions, the BNECS method (author I.M. Tonkonogiy, Yu.V. Mikadze) was used, and the Hospital Alarm and Depression Scale (HADS, authors A.S. Zigmond and R. P. Snaith) was used to identify and assess the severity of depression and anxiety. The state of cognitive functions of patients in about half of cases (52%) remains normal after a stroke, 43% show mild degree of defect and 3% average degree of cognitive defect. Most of all, the following functions suffer: recognition of unfinished images, finding the similarity between objects and attention. One of the lowest indicators was revealed on the «Attention» scale. Many patients after a stroke had not been able to sustain attention for a long time at the required level. The positive dynamics of the psychoemotional state, reduction of anxiety and depression during art therapy was revealed. Art therapy using the mandala method is recommended for use in psychotherapeutic work with patients with ADCC.

Инсульт занимает одно из первых мест в мире в числе заболеваний, приводящих к смерти. В среднем этот показатель составляет от 0,1% до 0,4% на 100 человек в год. В России заболеваемость инсультом составляет около 0,3% и является одним из самых высоких показателей в мире.

Значительный вклад в инвалидизацию пациентов после инсульта вносят когнитивные нарушения, которым до недавнего времени не уделялось достаточного внимания. Под постинсультными когнитивными нарушениями понимают любые когнитивные расстройства, которые возникли и достигли клинического уровня в первые три месяца после инсульта или в более поздние сроки, но обычно не позднее года после инсульта. В первые шесть месяцев после инсульта когнитивные нарушения встречаются у 40-60% лиц пожилого возраста.

Когнитивная дисфункция развивается в остром периоде после инсульта и продолжает формироваться на последующих этапах заболевания, ухудшая при этом качество жизни больных.

Когнитивные особенности у больных после перенесенного инсульта интенсивно изучаются как отечественными неврологами [1, 2, 4], так и зарубежными исследователями (D.W. Desmond, G.B. Frisoni, M.D. O'Brien, J.C. Stevens).

Цель исследования состоит в том, чтобы проследить динамику когнитивных и психоэмоциональных нарушений у больных с ОНМК при проведении арт-терапии.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе Городской клинической больницы № 2 г. Новосибирск в неврологическом отделении в период с ноября по декабрь 2016 г. В исследовании приняли участие 30 человек (20 женщин и 10 мужчин, средний возраст $57,3 \pm 15,7$ года), перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и находящихся на лечении на момент обследования. Нейропсихологическое обследование каждого пациента проводилось два раза: на первой неделе после инсульта и перед выпиской из отделения. В среднем пациенты находились на лечении 2-3 недели.

Для сбора анамнеза была разработана авторская анкета, содержащая следующие вопросы: ФИО, возраст, семейное положение, наличие детей, образование, профессия, увлечения и интересы.

Поскольку курение и употребление алкоголя являются одними из факторов риска инсульта, в анкету были включены вопросы о наличии вредных привычек и их стаже (курение, алкоголь, наркотики). Кроме того, в анкету вошли вопросы, касающиеся настоящего заболевания: когда и как появились симптомы, как скоро обратились за медицинской помощью, жалобы в настоящее время, сопутствующие заболевания, сопутствующие симптомы, связь с жизненными событиями (стресс, трудности на работе или в семье), наследственность.

Для диагностики когнитивных дисфункций использовалась методика КНОКС [3], представляющая собой нейропсихологическое экспресс-обследование и предполагающая оценку тяжести и природы когнитивного дефекта на основе использования простых и легких наборов заданий.

При выявлении и оценке тяжести проявления депрессии и тревоги применялась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS, авторы A.S. Zigmond и R. P. Snaithe).

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе авторской анкеты были получены следующие данные. Жалобы на момент обследования были в основном на головокружение и слабость. После возникновения первых симптомов заболевания 28 человек (92,4%) обратились за помощью в этот же день и только 2 человека (7,6%) обратились за медицинской помощью на второй день. Среди сопутствующих заболеваний у 17 человек (56,1%) отмечались проблемы с давлением. Сопутствующие симптомы, такие как нарушение сна, аппетита, снижение или повышение массы, не были выявлены.

Было установлено, что стаж курения имеется у 15 (50%) испытуемых. Алкоголь употребляют 25 (82,5%) испытуемых, все они утверждают, что только по праздникам.

Следует отметить, что многие испытуемые негативно относятся к вопросам о вредных привычках, таких как употребление алкоголя и наркотиков. Также пациенты неохотно отвечали на вопросы об отношениях с другими людьми. Практически никто не мог ответить на вопрос о связи заболевания с

недавними жизненными событиями. Большинство пациентов считают, что инсульт никак не связан с тем образом жизни, который они ведут, и с важными эмоциональными событиями жизни.

При изучении выраженности когнитивных и психоэмоциональных нарушений у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, в первую неделю после инсульта по методике КНОКС были выявлены следующие степени нарушения: у 16 (52,8%) испытуемых не выявлено нарушений, такие больные способны самостоятельно себя обслуживать, у 13 (42,9%) выявлена легкая степень дефекта, такие больные также способны самостоятельно себя обслуживать, у 1 (3,3%) пациента выявлена средняя степень нарушения, такие больные могут быть неспособны самостоятельно себя обслуживать, нарушений тяжелой степени выявлено не было. На первой неделе обследования средний балл по методике КНОКС составил 26,9.

Самый низкий показатель в методике КНОКС в первую неделю обследования был получен по шкале «Незавершенные изображения», он равен $2,3 \pm 0,77$ балла. Это может быть признаком нарушения ассоциативных связей затылочной области с другими отделами коры мозга. Поскольку для того, чтобы опознать незавершенное изображение, нужно сначала воспроизвести этот образ в памяти, а затем отнести его к какой-либо предметной категории. По шкале «Нахождение сходства» также был получен один из самых низких баллов – $2,49 \pm 0,63$. Больным тяжело дается определение общего знаменателя у двух различных предметов, и, в основном, никто не может выделить категориальное сходство, но выделяют незначительные схожие признаки.

Один из самых низких показателей был выявлен по шкале «Внимание» и составил $2,56 \pm 0,52$ балла. Многие больные после перенесенного инсульта оказались не способны длительно поддерживать внимание на необходимом уровне, следовательно, это может отразиться на результатах обследования в первую неделю после инсульта, об этом в своей работе упоминал И.М. Тонконогий [3].

В.В. Захаров (2012) писал о том, что при постинсультных когнитивных нарушениях в большинстве случаев доминируют признаки вторичной лобной дисфункции, такие как брадифрения, снижение концентрации внимания, нарушение «управляющих» лобных функций, зрительно-пространственная дисгнозия и диспраксия, нарушения памяти по типу недостаточности воспроизведения. О наличии сопутствующего нейродегенеративного процесса свидетельствует одновременное наличие первичных расстройств запоминания, что выражается в неэффективности подсказок при воспроизведении и недостаточности узнавания материала в тестах с множественным выбором [1].

Такие шкалы, как «Называние» и «Понимание», набрали максимальный средний балл в первую неделю после инсульта, а это значит, что все пациенты хорошо ориентируются в своем теле, могут правильно называть части тела и окружающие предметы, а также полностью понимать обращенную к ним речь и инструкции.

По методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)» были получены следующие результаты (табл. 1).

Высокие показатели тревоги и депрессии могут быть связаны с заболеванием и необходимостью госпитализации. Потребность в стационарном лечении вызывает у человека стресс и дискомфорт. Это также может быть связано с внезапной сменой обстановки, изменением образа жизни, опасением по поводу будущего и отдалением от близких людей.

Таблица 1

Результаты методики HADS в первую неделю обследования, абс. (%)

| Степень выраженности | HADS в первую неделю обследования | |
|----------------------|-----------------------------------|------------|
| | тревога | депрессия |
| Клиническая | 6 (19,8%) | 1 (3,3%) |
| Субклиническая | 13 (42,9%) | 13 (42,9%) |
| Норма | 11 (33,3%) | 16 (52,8%) |

Затем пациентам было предложено участие в арт-терапевтическом процессе с использованием мандал. Для этого общая группа пациентов была поделена на две части по 15 человек – основную и контрольную. В основной группе пациентам были предложены раскрашивание мандал и медитация с ними, в контрольной группе психокоррекционная работа не проводилась. Раскрашивание – это форма активной медитации. Сосредоточение ума на простых задачах, которые требуют повторяющихся движений, создает ощущение мира и спокойствия [5]. Процесс раскрашивания сопровождался прослушиванием музыки. В контрольной группе арт-терапия не проводилась.

При обработке результатов по методике КНОКС после проведения арт-терапии перед выпиской из стационара у пациентов основной группы были выявлены следующие степени нарушения: у 11 (73,7%) испытуемых не выявлено нарушений, эти больные способны самостоятельно себя обслуживать, у 4 (26,8%) выявлена легкая степень дефекта, они также способны самостоятельно себя обслуживать, средней и тяжелой степени нарушения выявлено не было.

По результатам повторного обследования когнитивных функций методикой КНОКС у основной группы испытуемых отмечены достоверные улучшения, оценка достоверности различий произведена с помощью Т-критерия Вилкоксона. В табл. 2 представлены шкалы, по которым были обнаружены достоверные различия (при $p \leq 0,05$). По остальным шкалам теста существенных изменений не обнаружено.

Таблица 2

Динамика когнитивных нарушений у основной группы пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, баллы

| Название шкалы | Показатель шкал теста КНОКС | | Уровень значимости p-level |
|---------------------------|--------------------------------|----------------|----------------------------|
| | в первую неделю после инсульта | перед выпиской | |
| Незавершенные изображения | 2,2±0,77 | 2,6±0,51 | 0,041 |
| Общий балл | 26,87±2,47 | 28,27±2,05 | 0,002 |

При обработке результатов по методике КНОКС перед выпиской из стационара у пациентов контрольной группы были выявлены следующие степени нарушения: у 10 (67%) испытуемых не выявлено нарушений, больные способны самостоятельно себя обслуживать, у 4 (26,8%) выявлена легкая степень дефекта, такие больные способны самостоятельно себя обслуживать, у 1 (6,7%) пациента выявлена средняя степень нарушения, больные не способны самостоятельно себя обслуживать, тяжелой степени нарушения выявлено не было.

По результатам повторного обследования когнитивных функций методикой КНОКС у контрольной группы достоверных улучшений выявлено не было.

Динамика тревоги и депрессии у пациентов основной группы представлена на рис. 1 и 2 (% по группе).



Рис. 1. Динамика тревоги по методике HADS у пациентов основной группы

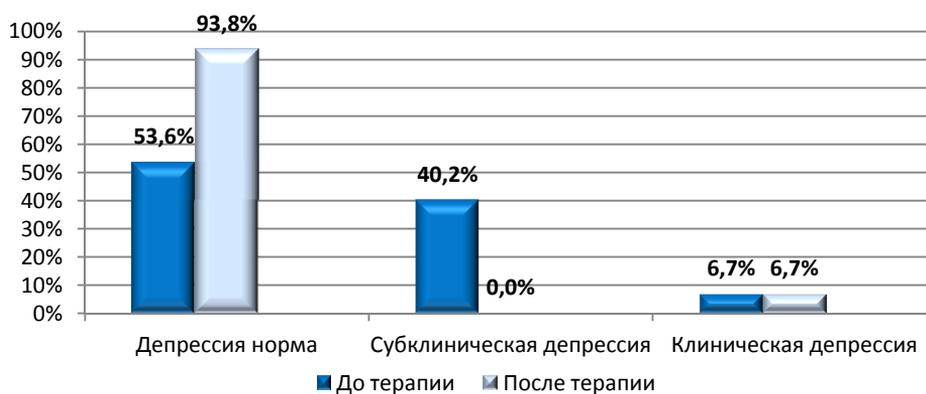


Рис. 2. Динамика депрессии по методике HADS у пациентов основной группы

У контрольной группы испытуемых также были выявлены тенденции к улучшению по методике HADS как по шкале тревоги, так и по шкале депрессии с помощью Т-критерия Вилкоксона (при $p \leq 0,05$).

При сравнении показателей основной и контрольной групп достоверных различий по методике КНОКС выявлено не было. Однако проявились достоверные различия по методике HADS как по шкале тревоги, так и по шкале депрессии с помощью U-критерия Манна – Уитни ($p \leq 0,05$).

Выводы. 1. Состояние когнитивных функций больных примерно в половине случаев (52%) остается в норме после перенесенного инсульта, у 43% проявляется легкая степень дефекта и у 3% – средняя степень когнитивного дефекта. Больше всего страдают следующие функции: распознавание незавершенных изображений, нахождение сходства между предметами и внимание.

Психоэмоциональное состояние характеризуется высокой частотой проявления депрессивных и тревожных тенденций, часто встречается субклинический уровень тревоги и депрессии (43% случаев).

1. После проведения арт-терапии в основной группе обнаружилось достоверные улучшения общего балла по методике КНОКС, а также значительные улучшения по шкале «Незавершенные изображения». Психоэмоциональное состояние улучшилось как по шкале тревоги, так и по шкале депрессии.

2. Обнаружены достоверные различия между основной и контрольной группами при изучении психоэмоционального состояния. В основной группе пациентов значимо больше снизились показатели тревоги и депрессии после проведения арт-терапии.

3. Анализ рисунков мандалы показал благоприятную тенденцию, заключающуюся в предпочтении таких цветов, как оранжевый, зеленый, синий и красный, и редком выборе таких цветов, как коричневый, серый и черный. Это является признаком стремления к выздоровлению, желанию общения с окружающими и преобладания положительных эмоций, а также показателем отсутствия ярко выраженных симптомов тревоги и депрессии и отсутствия сильной фрустрации каких-то важных потребностей.

Литература

1. Захаров В.В. Когнитивные нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга // *Consilium Medicum*. 2012. № 9. С. 38–43.
2. Овчинников А.А., Султанова А.Н., Сычева Т.Ю. Особенности социальной адаптации у лиц с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] // *Медицина и образование в Сибири*. 2015. № 6. URL: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1937 (дата обращения: 22.03.2017).
3. Тонконогий И.М. Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС) / под ред. Ю.В. Микадзе. М.: ПЕР СЭ, 2010. 69 с.
4. Яхно Н.Н. Когнитивные нарушения в неврологической клинике // *Неврологический журнал*. 2006. № 11. С. 4–12.
5. Rayner S. Why colouring books are red hot in Self-help right now. *Psychology Today*, 2015, no. 47, pp. 2–17.

References

1. Zakharov V.V. *Kognitivnyye narusheniya pri sosudistykh zabolevaniyakh golovnogo mozga* [Cognitive impairment in vascular diseases of the brain]. *Consilium Medicum*, 2012, no. 9, pp. 38–43.
2. Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Sycheva T.Yu. *Osobennosti sotsial'noi adaptatsii u lits s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya* [Features of social adaptation in persons with disabilities]. *Meditsina i obrazovanie v Sibiri* [Medicine and Education in Siberia], 2015, no. 6. Available at: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1937 (Accessed: 22.03.2017).
3. Tonkonogii I.M. *Kratkoe neiropsikhologicheskoe obsledovanie kognitivnoi sfery (KNOKS)* [Short neuropsychological examination of the cognitive sphere (SNECS)]. Moscow, PER SE Publ., 2010, 69 p.
4. Yakhno N.N. *Kognitivnyye narusheniya v nevrologicheskoi klinike* [Cognitive impairment in the neurological clinic]. *Nevrologicheskii zhurnal* [Neurological Journal] 2006. № 11. pp. 4–12.
5. Rayner S. Why colouring books are red hot in Self-help right now. *Psychology Today*, 2015, no. 47, pp. 2–17.

СЫЧЕВА ТАТЬЯНА ЮРЬЕВНА – кандидат педагогических наук, доцент кафедры клинической психологии, Новосибирский государственный медицинский университет, Россия, Новосибирск (tatsyiaa1@mail.ru).

SYCHEVA TATIANA – Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor of Clinical Psychology Department, Novosibirsk State Medical University, Russia, Novosibirsk.

КУРУСЬ ИРИНА АЛЕКСАНДРОВНА – преподаватель кафедры клинической психологии, Новосибирский государственный медицинский университет, Россия, Новосибирск (kurus_i.a.@mail.ru).

KURUS IRINA – Lecturer of Clinical Psychology Department, Novosibirsk State Medical University, Russia, Novosibirsk.

ШУХТУЕВА ДАРЬЯ ОЛЕГОВНА – клинический психолог, Новосибирский государственный медицинский университет, Россия, Новосибирск (shuhtueva.darya@yandex.ru).

SHUHTUEVA DARYA – Clinical Psychologist, Novosibirsk State Medical University, Russia, Novosibirsk.
