

Нейропсихологический дефицит в структуре алкогольных изменений личности

АНДРЕЕВА И.В.

ассистент кафедры психиатрии, неврологии и психотерапии

ФПК Дальневосточного государственного медицинского университета

СЛУЦКИН Э.В.

зам.главного врача Павлово-Посадской психиатрической больницы № 15 Московской области

Показано, что развивающиеся в результате хронической алкогольной интоксикации нейропсихологические особенности отличаются при разных типах алкогольных изменений личности. По степени нарастания нейропсихологического дефекта типы алкогольных изменений личности располагаются в следующем порядке: синтонный — апатический — астенический — эксплозивный — эйфорический. От варианта к варианту личностных изменений происходит расширение зоны корковой дисфункции с вовлечением новых отделов.

Введение

Синдром зависимости от алкоголя является заболеванием, протекающим с нарастанием от стадии к стадии изменений личности — от повышенной истощаемости психических функций (внимания, памяти, мыслительных и волевых свойств) в начале заболевания до их глубокого необратимого поражения с нивелировкой личностных черт, отсутствия критики к своему состоянию и поведению (Иванец Н.Н., 2002). В конечном итоге, именно психические расстройства в большинстве случаев определяют социальную дезадаптацию больных, а неадекватность поведения усиливает негативные соматические проявления заболевания [7]. От степени патологических изменений личности зависят особенности терапии больных, ее результаты (стойкость и длительность ремиссий, возможности реабилитации), а также прогноз дальнейшего развития заболевания [4].

Нейропсихологическое исследование позволяет тонко выявлять локализацию корковой патологии [3]. Анализ характера нарушений высших психических функций (ВПФ) позволяет выделить структуру корковых поражений, первичный нейропсихологический дефект, что является основной задачей клинико-нейропсихологического исследования [1, 2].

Объект и методы исследования

Обследовано 255 мужчин в возрасте от 22 до 65 лет, страдающих алкогольной зависимостью, находившихся на стационарном лечении в связи с алкогольной зависимостью. Средний возраст обследуемых составил $43,1 \pm 0,5$ года. Средняя длительность алкоголизма 14 0,7 года.

Группа сравнения состояла из 45 мужчин, не состоявших на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере и анамнестически не выявлявших признаков зависимости от психоактивных веществ. Средний возраст испытуемых в контрольной группе составил $42,8 \pm 0,2$ года.

Из числа испытуемых исключались лица с политоксикоманиями, грубыми органическими поражениями головного мозга другого (помимо интоксикационного) генеза. В преморбидном периоде в 67,8% случаев регистрировались расстройства личности чаще по эмоционально-неустойчивому (42,8%), реже — по истерическому (26,5%) и астеническому (30,7%) типам.

Нейропсихологическое исследование проводилось по методике А.Р. Лурия (1974). Степень нейропсихологиче-

ского дефекта оценивалась в баллах по шкале, предложенной И.Ф.Рошиной (1993 г.):

0 баллов — дефекта нет, больной выполняет задание самостоятельно, без затруднений;

1 балл — больной самостоятельно выполняет задание, однако в процессе выполнения допускает ошибки импульсивного характера, пациент сам замечает допущенные ошибки и исправляет их без помощи исследователя;

2 балла — при выполнении задания требуется постоянное подбадривание больного, стимуляция деятельности, не замечает допущенные ошибки, но исправляет их после указания врача;

3 балла — самостоятельное выполнение задания невозможно, возможно выполнение задания по образцу;

4 балла — полная невозможность выполнения задания.

Результаты исследования

Все обследованные больные в зависимости от типа имевшихся изменений личности были разделены на 5 групп:

1 — с синтонным типом изменений личности (35 чел., или 13,8%);

2 — с апатическим типом (39 чел., или 15,3%);

3 — с астеническим вариантом (58 чел., или 22,7%);

4 — с эксплозивным личностным сдвигом (97 чел., или 38,0%);

5 — с эйфорическим вариантом изменений личности (26 чел. или 10,2%).

Для больных с синтонным типом алкогольных изменений личности наиболее выраженными оказались расстройства для заданий слуховой и зрительной памяти, оптико-пространственного гнозиса, конструктивного праксиса. Наиболее сохранными были функции зрительного и тактильного гнозиса, динамического праксиса. Нарушения зрительно-пространственного праксиса, слухового гнозиса, экспрессивной речи занимали промежуточное значение.

Достоверно отличались от показателей контрольной группы результаты заданий на счет, динамический праксис, зрительную память и вербально-логическое мышление. Наиболее выражены были затруднения при планировании деятельности при решении задач в несколько действий: 24,0% обследуемых могли выполнить задание только с помощью врача. Обращала на себя внимание высокая частота первых неправильных импульсивных ответов. Подобная ошибка встречалась у 60,0% обследуемых. На втором месте по степени выраженности стояли нарушения зрительной и слухоречевой памяти. При этом рас-

стройства зрительной памяти преобладали. Произвольные движения выявляли достоверные нарушения в субтестах на динамический праксис. Исследование динамического праксиса для левой и правой рук не обнаруживали существенных различий. Наиболее отчетливо нарушения выявлялись пробой «кулак — ребро — ладонь».

Нарушений понимания речи и словесных конструкций не выявлялось. Экспрессивная речь также не была нарушена. Выявлялись лишь незначительные нарушения при повышении сложности и ускорении темпа выполнения задания, т.е. ухудшались показатели теста на скороговорку.

В пробах на чтение и письмо сложностей у больных данной группы не возникало.

Слуховой и зрительный гнозис были изменены крайне незначительно. Нарушения первого отмечались у 16,0% больных, второго — у 8,0% обследуемых.

Ошибки при выполнении заданий на устный счет были связаны с повышенной частотой импульсивных ответов. Больные сами обнаруживали и исправляли допущенную ошибку. Во время выполнения задания отмечались колебания темпа деятельности. Результаты тестов на письменный счет были более успешны.

Нарушения конструктивного праксиса, свидетельствующие о преимущественном поражении теменно-височной области левого полушария, отмечались у 40,0% человек.

Выявленные нарушения ВПФ у больных алкогольной зависимостью с синтонным типом личностных изменений свидетельствуют, в первую очередь, о поражении третьего функционального блока, блока программирования, регуляции и контроля деятельности. Основные затруднения у обследуемых вызывали задания, требовавшие составления предварительного плана решения и контроля, проверки промежуточных результатов по мере выполнения плана. Наблюдавшиеся нейродинамические нарушения в виде большого количества импульсивных ответов и действий, ошибки при заданиях, требующих устойчивого внимания (счет), колебания продуктивности деятельности позволяют сделать вывод о поражении первого функционального блока. По степени вовлеченности первого функционального блока менее выражена, чем поражение третьего.

Исходя из степени выраженности имеющихся нейропсихологических нарушений, можно говорить о локализации поражения, во-первых, в лобных и теменных отделах коры головного мозга, во-вторых, в правой височной области, а также о дезинтеграции корково-подкорковых связей.

У больных с *апатическим типом изменения личности* по сравнению с результатами контрольной группы с высокой достоверностью регистрировались нарушения слухоречевой и зрительной памяти, конструктивного и динамического праксиса, счета, различения и воспроизведения ритмов, а также вербально-логического мышления.

Грубые нарушения отмечались при выполнении заданий на слухоречевую и зрительную память. Отмечались нарушения зрительной кратковременной памяти на трудновербализируемые зрительные образы. При воспроизведении словесных рядов из шести слов у всех больных припоминание начальных слов первой предъявленной серии осуществлялось лучше.

При устном решении задач 32,1% обследованных не могли самостоятельно составить план решения, не замечали допущенной ошибки.

Произвольные движения выявляли наибольшие нарушения в субтестах на динамический праксис. Исследование динамического праксиса для левой и правой рук не обнаруживали существенных различий. Наиболее отчетливо нарушения выявлялись пробой «кулак — ребро — ладонь». У 10,7% обследованных они носили грубый, некорректируемый самостоятельно характер.

Такие же нарушения отмечались при выполнении серий движений при исследовании слухомоторных координаций, различие и воспроизведение на слух серий ритмических последовательностей было затруднено у 25,0% больных, при этом воспроизведение нарушалось в значительно большей степени. Наиболее частые ошибки: опускание элементов или «лишние» элементы ритмической структуры, персеверации. В пробах на конструктивный праксис более сложно было выполнить задание на рисование геометрических фигур по образцу, с пространственной переориентировкой в горизонтальной системе координат (перевертывание на 180°). Нарушения конструктивного праксиса, свидетельствующие о преимущественном поражении теменно-височной области левого полушария, отмечалось у 46,4% человек.

Исследование «схемы тела» показало, что нарушения право-левой ориентировки, а также пальцевого гнозиса выражены незначительно у 17,85% больных.

Исследование ориентировки в пространстве выявило, что больные хорошо ориентированы в реальном пространстве и в схеме пространственных отношений. Более сложным заданием оказалась проба «географическая карта».

Зрительный гнозис у данной группы больных относительно сохранен, нарушения проявлялись у 17,85% человек.

Понимание смысла сюжетных и последовательных картинок нарушалось, в различной степени у 35,7% человек, 14,3% — не справлялись с заданием, 21,4% — полностью понимали смысл изображенного при подсказке. И в первом, и во втором случаях нарушения были в значительной мере связаны с отсутствием мотивации к выполнению теста.

Исследования экспрессивной речи показало, что спонтанная и диалогическая речь у больных была сохранена. Встречающимися ошибками являлись персеверации, легкие и нестойкие литеральные парафазии при повторении сложных и редко встречающихся слов, что свидетельствовало об элементах нарушения собственно моторики речи. Указанные нарушения усиливались при увеличении темпа речи, например при воспроизведении скороговорок.

Исследования импрессивной речи (понимание речи и словесных значений) показало, что у больных отсутствовали акустическо-мнестические расстройства, практически сохранен был фонематический анализ.

Называние частей тела и изображений реальных предметов было сохраненным у всех больных данной группы.

Письмо и чтение у больных в целом сохранено. Нарушения счета более выражены. Прослеживалась диссоциация между относительно более сохраненным письменным

счетом и более выраженными нарушениями устного счета и решения простых задач. Основные затруднения возникали при повышенных требованиях к концентрации внимания и кратковременной памяти. Наиболее выраженные расстройства счета были обнаружены у 42,9% больных.

Из общей картины нейропсихологических нарушений следует, что у больных алкогольной зависимостью с апатическим типом изменений личности поражены преимущественно первый и третий функциональный блок. Нейродинамические нарушения в виде снижения устойчивости активного внимания, снижения устойчивости кривой запоминания, колебания продуктивности деятельности указывают на поражение первого по А.Р. Лурия функционального блока. Расстройства зрительной и слуховой памяти, слухового гнозиса являлись основными симптомами поражения второго функционального блока и были незначительно выражены. Нарушение программирования деятельности, неспособность составить алгоритм решения задачи в несколько действий свидетельствовали о поражении третьего функционального блока. Локализовать очаги корковой дисфункции следует в лобных, височных и теменных отделах. Учитывая поражение первого функционального блока, можно говорить о нарушении корково-подкорковых связей.

У больных с астеническим типом изменений личности наиболее выраженными нарушениями в данной группе больных были нарушения слухо-речевой памяти, вербально-логического мышления и зрительной памяти. Также достоверно ниже результатов контрольной группы были результаты тестов на счет, конструктивный и динамический праксис, слуховой гнозис.

Расстройства слуховой памяти определялись при запоминании серии слов. Кривая запоминания была снижена по сравнению с контрольной группой как при исследовании кратковременной памяти, так и при отсроченном воспроизведении. Таким же образом была нарушена и зрительная память.

Серийный счет обнаруживал нарушение концентрации внимания, колебания работоспособности в виде изменения темпа деятельности. Больные допускали значительное число ошибок, но в большинстве случаев замечали ее самостоятельно и пытались исправить. Достоверно отличались от показателей группы контроля показатели тестов на слуховой гнозис, различение ритмов. Больные затруднялись с первого раза отличить одну предложенную ритмическую структуру от другой. Задание выполнялось после нескольких повторов.

Также после нескольких попыток, после указаний на ошибку больные выполняли задание на решение арифметических задач в 2 и 3 действия. В 20,0% случаев план решения мог быть составлен только совместно с врачом.

У 17,5% обследуемых регистрировалось затруднение понимания отношений между предметами, выраженных двумя предложениями.

Суммарно нейропсихологический дефицит больных с астеническими изменениями личности превосходил таковой у больных с синтонным и апатическим типами. В отличие от этих двух групп у больных с астеническим типом дефекта проявлялось поражение второго (по А.Р. Лурия) функционального блока. В меньшей степени поражены были третий и первый функциональные блоки.

Локализовать корковую дисфункцию возможно, во-первых, в лобных долях, во-вторых, в височных и теменных отделах. Также имеющиеся нарушения ВПФ свидетельствуют о нарушении корково-подкорковых связей.

У больных алкогольной зависимостью с эксплозивными изменениями личности отмечался широкий круг нейропсихологических нарушений. Достоверно хуже результатов контрольной группы были результаты тестов на слухо-речевую память, вербально-логическое мышление, зрительную память, конструктивный праксис, слуховой гнозис, счет, зрительный гнозис, динамический праксис, экспрессивную речь и ориентировку в схеме тела.

У 5,1% обследуемых было выражено замедление темпа выполнения заданий; для 32,2% была характерна повышенная отвлекаемость при выполнении заданий, импульсивность и истощаемость. Преобладали нарушения слухо-речевой памяти, вербально-логического мышления и зрительной памяти. 15,3% обследуемых обнаруживали затруднение понимания пространственного значения речевых конструкций с предложениями (задачи). Развертывание смысловых конструкций помогало больным понять их значение. Нарушения слухо-речевой и зрительной памяти были сопоставимы по степени выраженности.

Произвольные движения выявляли наибольшие нарушения в субтестах на динамический праксис. Исследование динамического праксиса для левой и правой рук не обнаруживали существенных различий.

Нарушения узнавания ритмических структур, выявившиеся у 8,5% человек, часто сочетались с другими нейропсихологическими симптомами, характерными для дисфункции левой височной доли. Еще у 8,5% больных нарушений узнавания не определялось, но воспроизведение ритма сопровождалось perseverациями, монотонностью.

В пробах на конструктивный праксис для больных более сложно было выполнить задание на рисование геометрических фигур по образцу, с пространственной переориентировкой в горизонтальной системе координат (перевертывание на 180°). Больные критически оценивали свои неверные решения, часто давая выраженную эмоциональную реакцию.

Исследование «схемы тела» показало, что нарушения право-левой ориентировки, а также пальцевого гнозиса не выражены.

Зрительный гнозис у данной группы больных сохранен, но нередко присутствовал первый неправильный импульсивный ответ.

Исследования экспрессивной речи показало, что спонтанная и диалогическая речь сохранены. Больные активно поддерживали беседу. В условиях повышенной трудности заданий (скороговорки) у 23,7% больных отмечалась некорректируемая дисфазия.

Понимание речи и словесных значений нарушено не было. Обследуемые усваивали инструкции предлагаемых заданий и обращенную к ним бытовую речь.

Таким образом, характер выявленных нейропсихологических нарушений говорит о поражении всех трех функциональных блоков ВПФ. Наиболее грубое поражение характерно для второго функционального блока в виде нарушений слуховой и зрительной памяти, зрительного гнозиса и конструктивного праксиса. Выявляются пора-

Результаты нейропсихологического исследования у больных алкогольной зависимостью с учетом типа изменений личности (баллы, М±m)

Блоки заданий диагностической нейропсихологической методики	Больные с синтонным изменением личности (n=35)	Больные с апатическим изменением личности (n=39)	Больные с астеническим изменением личности (n=58)	Больные с эксплозивным изменением личности (n=97)	Больные с эйфорическим изменением личности (n=26)	Группа контроля (n=45)
Экспрессивная речь	0,3 0,25	0,4 0,09	0,8 0,3	0,9 0,11*	1,9 0,1***	0,2 0,17
Слухоречевая	1,75 0,25	2,8 0,2***	2,7 0,12***	2,7 0,09**	3,3 0,24***	1,5 0,15
Понимание речи	0,4 0,18	0,4 0,16	0,3 0,14	0,5 0,08	0,6 0,15	0,3 0,11
Письмо	0,1 0,11	0,1 0,13	0,2 0,22	0,5 0,22	0,5 0,3	0,1 0,03
Чтение	0,1 0,12	0,4 0,2	0,2 0,12	0,4 0,2	0,5 0,09	0,1 0,09
Счет	1,5 0,25*	1,3 0,24***	2,0 0,39***	2,0 0,17***	3,4 0,3***	0,7 0,03
Конструктивный	1,5 0,22	1,9 0,2**	2,2 0,25***	2,4 0,21***	2,9 0,21***	1,2 0,14
Динамический праксис	1,51 0,27*	1,7 0,12***	2,0 0,18***	1,7 0,18***	1,9 0,3*	0,9 0,05
Различение и воспроизведение	1,25 0,18	1,6 0,08**	1,8 0,22*	2,2 0,24***	1,6 0,22*	1,2 0,11
Ориентировка в схеме	0,1 0,03	0,6 0,31	0,3 0,23	0,9 0,14*	0,8 0,17	0,4 0,12
Ориентировка в пространстве	1,5 0,24	1,6 0,24	1,2 0,3	1,1 0,12	1,8 0,48	1,1 0,09
Зрительный гнозис	1,4 0,22	1,2 0,13	1,6 0,32	1,8 0,25**	1,8 0,3*	1,1 0,06
Зрительная память	2,0 0,37*	2,8 0,18***	2,3 0,32*	2,6 0,1***	3,3 0,2***	1,5 0,12
Мышление	2,1 0,37	2,9 0,26***	2,61 0,35***	2,6 0,34***	2,7 0,4***	1,1 0,19
* — различия с группой контроля достоверны при P<0,05. ** — различия с группой контроля достоверны при P<0,01. *** — различия с группой контроля достоверны при P<0,003						

жение первого функционального блока, затрудненность планирования и контроля деятельности. В тестах на внимание, в инертности, повышенной тормозимости деятельности проявлялись нейродинамические нарушения, свидетельствующие о поражении первого функционального блока.

Локализация поражения корковых функций у больных с эксплозивными изменениями личности возможна в височных долях, больше слева, лобных долях, теменных и затылочных отделах. Также выявляется нарушение корково-подкорковых связей.

Нарушения высших психических функций у пациентов с эйфорическим типом личностных изменений были выражены сильнее, чем у пациентов с синтонным, апатическим, астеническим и эксплозивным дефектами.

Обращала на себя внимание импульсивность выполнения заданий исследуемыми. Грубее всего, на уровне выраженных нарушений, были изменены счет, все виды памяти, счет и конструктивный праксис.

При устном счете по Крепелину 50,0% обследуемых совершали систематические ошибки при переходе через десяток, 8,3% больных не смогли выполнить данного за-

дания. При выполнении проб на письменный счет результаты оказывались выше, но 33,3% больных не замечали допущенных ошибок и исправляли их только после подсказки врача.

Зрительная память была нарушена у 44,4% больных. Предлагаемый для запоминания ряд фигур воспроизводился с ошибками, не поддающимися коррекции независимо от количества повторов теста.

Нарушения слуховой памяти обнаруживались у 33,3% обследуемых. Запоминание и воспроизведение серий слов и двух серий из шести слов сопровождалось некорректируемыми ошибками, контаминациями, парафазиями.

У 44,4% больных регистрировались результаты с выраженными нарушениями вербально-логического мышления (решение задач). А.Р. Лурия выявлял нарушения интеллектуальной деятельности, невозможность осознания самой задачи, импульсивное подыскивание ответов и невозможность сличить полученный результат с условием задачи у больных с лобным синдромом. Обследуемые нами больные тоже не замечали допущенных ошибок и вновь повторяли их при повторном предъявлении задания.

Пробы на конструктивный праксис вызвали затруднения у 33,3% пациентов. Допущенные ошибки они не замечали и после указания на них не могли исправить.

У 38,9% больных обнаруживались нарушения слухового гнозиса с невозможностью различения различных предлагаемых ритмических структур.

У 72,2% больных обнаруживалась та или иная степень дисфазии, наиболее ярко проявлявшаяся в тесте на скороговорение.

Результаты позволяют сделать вывод, что у больных алкогольной зависимостью с эйфорическим типом изменений личности поражены все три функциональных блока. В наибольшей степени поражен второй функциональный блок, в несколько меньшей степени — первый и второй функциональные блоки.

Локализация корковой дисфункции определяется в височных, теменных, лобных и затылочных отделах в порядке снижения степени грубости нейропсихологических расстройств. Также у больных алкогольной зависимостью с эйфорическим личностным сдвигом наиболее грубо нарушено корково-подкорковое взаимодействие.

Заключение

Таким образом, для больных алкогольной зависимостью с различными типами изменений личности характерна разная степень нейропсихологических расстройств. По выраженности патологических изменений типы изменений личности можно расположить в ряд (от наимень-

шей глубины нарушений к наибольшей): синтонный — апатический — астенический — эксплозивный — эйфорический. От одного варианта дефекта к другому отмечаются углубление и расширение зон корковой дисфункции. Вместе с тем, тот или иной тип изменений личности является достаточно стабильным психопатологическим «образованием», не сменяя друг друга в течение заболевания. Это позволяет предположить, что тип возникающих алкогольных изменений личности зависит от преморбидной почвы, функциональной слабости тех или иных церебральных структур.

Список литературы

1. Лурия А.Р. основы нейропсихологии. — М.: МГУ, 1973. — 374 с.
2. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: Академический проект, 2000. — 506 с.
3. Махова Т.А.. Алкоголизм и познавательная деятельность. — Пушкино, 1989. — 66 с.
4. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). — Н.Новгород: НГМА, 1998. — 426 с.
5. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. — М.: Медпрактика, 2002. — 444 с.
6. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. — М., 1983. — Т.1. — 458 с.
7. Chodoff P., Auth T., Toupin H.J.// Nerv. Ment. Dis. — 1956. — Vol. 123. — P. 376-382.
8. Douglas D.B. Who is areal alcoholic? Practical help in managing alcogolism// New York State Journal of Med. — 1976. — Vol. 76. — P. 606.