

Проблема осознания когнитивных нарушений у больных с мнестическими дефектами

М. Ю. Каверина, младший научный сотрудник, ФГБУ «НИИ нейрохирургии им.акад.Н.Н.Бурденко» РАМН, Telli777@gmail.com

О. А. Кроткова, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, ФГБУ «НИИ нейрохирургии им.акад.Н.Н.Бурденко» РАМН, okrotkova@nsi.ru

В статье обсуждается проблема осознания когнитивных дефицитов у больных с очаговыми поражениями мозга. Клинические наблюдения и экспериментальные исследования авторов позволяют говорить о том, что дефекты осознания когнитивных дефицитов не всегда являются результатом снижения критики, нарушения программирования и контроля деятельности. У больных с выраженными нарушениями мнестической функции дефекты осознания связаны с невозможностью удержать в памяти, обобщить и проанализировать опыт их повседневной жизни. При этом у больных не только нарушаются процессы осознания, но и не формируются новые (компенсаторные) стратегии в текущей деятельности. Второй круг обсуждаемых в статье вопросов связан с задачами коррекционных воздействий и восстановительного обучения, основанного на постепенном доведении до осознания больного механизмов сформировавшихся у него затруднений. Третий аспект обсуждаемой проблемы связан с квалификацией мнестических нарушений. В ряде случаев экспериментальные данные не позволяют с уверенностью говорить об общей тяжести когнитивного дефицита. Дополнить интегративную оценку мнестической функции больного может исследование процессов авторефлексии.

Ключевые слова: нарушения памяти, осознание когнитивных дефектов, компенсаторные стратегии поведения, коррекционное обучение, авторефлексия.

Работа О. А. Кротовой поддержана грантом №13-04-12061 ОФИ-М.

С проблемой осознания когнитивных нарушений мы сталкиваемся сразу при знакомстве с больным, задавая вопрос о жалобах. И если больной с грубейшими когнитивными дефицитами даже с наводящими вопросами и подсказками в перечне своих проблем не высказывает жалоб на память, внимание, мышление и речь, в протоколе клинической беседы могут появиться пометки о снижении критики, нарушенном контроле, анозогнозии и других патологических явлениях. Однако

последующий анализ особенностей выполнения больным экспериментальных заданий часто заставляет усомниться в адекватности подобной трактовки.

Оценивая осознание когнитивных дефицитов, мы не ожидаем услышать от больного какие бы то ни было профессиональные термины. Изложение жалоб может осуществляться любыми словами, любым доступным больному способом. В ряде случаев пациенты жалуются на память, в то время как область их когнитивных проблем находится совсем в иной плоскости [5]. Под осознанием мы имеем в виду любое (выраженное в любой форме) упоминание больным затруднений в повседневной активности, которое психолог может соотнести с когнитивным дефицитом. Например, «в последнее время мне стало трудно подбирать слова в беседе», «я стала часто терять вещи», «я стал плутать, когда выхожу из дома» и т.д.

Проблема осознания когнитивных дефицитов при поражениях мозга постоянно находится как бы в тени экспериментального исследования других психических явлений, в то время как она давно уже требует специального исследования и установления профессиональных терминологических договоренностей в ее описании. В данной работе мы рассмотрим проблему осознания когнитивных нарушений у больных с дефектами памяти.

Нейропсихологические исследования памяти, начатые в работах А. Р. Лурия и продолженные в трудах его последователей, рассматривают мнестическую деятельность как многоуровневый процесс, развернутый во времени, распадающийся на последовательные, имеющие неодинаковое психологическое строение этапы и характеризующийся целым рядом параметров. Мнестическая деятельность обеспечивается сложной системой совместно работающих отделов мозга, причем каждый из этих отделов вносит в ее протекание свой определенный вклад [1]; [9]; [10]; [12]; [13].

Принципы коррекционного восстановительного обучения, разработанные для речевых функций [7]; [8]; [14], развиваются в нейропсихологических подходах к мнестическим дефектам [2]; [11]; [15]; [18]. При этом практически все авторы указывают на то, что когнитивное нарушение должно хотя бы в общих чертах осознаваться (признаваться) пациентом. Пассивное выполнение больным каких-либо упражнений не приведет к успеху. Требуется активное включение больного в работу, понимание им целей и задач проводимых занятий [3]; [16]; [17]; [19].

С целью выявления зависимости осознания когнитивных нарушений от степени выраженности мнестических дефектов мы провели два экспериментальных исследования.

В одном из исследований осуществлялось лонгитюдное наблюдение за группой из 30 пожилых испытуемых в возрасте от 65 до 85 лет [6]. Это была группа относительно здоровых испытуемых, без грубых неврологических дефицитов. Люди жили дома, самостоятельно себя обслуживали, вели активный образ жизни. Экспериментально оценивались разные характеристики памяти [4]. Через два года эти же испытуемые прошли повторное тестирование. 73% испытуемых при повторном тестировании показали идентичные результаты, а у 27% испытуемых

наблюдалось разной степени выраженности ухудшение памяти. Параллельно с тестированиями оба раза испытуемые отвечали на вопросы специальной анкеты. Анкетирование позволяло оценить, насколько полно человек представляет ситуации, в которых память может его подвести.

Испытуемые, которые через два года продемонстрировали неизменившиеся экспериментальные показатели памяти, дали в повторном интервью адекватную характеристику проблем, с которыми они сталкиваются в повседневной жизни. А испытуемые, которые в эксперименте показали ухудшение памяти, отвечали на вопросы анкеты, практически игнорируя какие-либо проблемы, связанные с состоянием памяти.

Таким образом, мы не получили корреляции между объективно регистрируемым ухудшением памяти и нарастанием соответствующих жалоб в группе относительно здоровых испытуемых.

Во втором исследовании мы ретроспективно обработали протоколы 120 больных с очаговыми поражениями мозга. Это были больные, перенесшие тяжелую черепно-мозговую травму или нейрохирургическую операцию по поводу сосудистых и онкологических процессов. Для каждого больного был подсчитан средний показатель выраженности мнестического дефекта (средний для результатов всех проводившихся с ним заданий на память). Параллельно были проанализированы данные клинической беседы – жалобы больного и его оценка своих возможностей. Здесь мы также увидели, что в отличие от соматической патологии, где нарастание симптомов болезни отражается в прогрессирующих жалобах больного, нарастание дефектов памяти сопровождается соответствующими жалобами лишь до определенного порога, после которого дефициты мнестической функции резко перестают замечаться, а в некоторых случаях даже активно игнорируются.

Больной может быть растерян, напряжен, подавлен, встревожен. Он может ощущать, что все происходящее с ним как-то не похоже на то, что было раньше. Он может активно просить отпустить его домой, надеясь, что там все прояснится и станет на свои места. Но понять, что у него нарушен процесс запоминания, что у него нарушена память на текущие события, больной самостоятельно не может. Например, больной с корсаковским синдромом в ответ на вопрос о состоянии памяти может уклончиво ответить: «Да, память, вроде, ничего».

Процесс осознания – это фиксация в памяти случаев, когда она вас подводит, сопоставление и обобщение этих моментов повседневной жизни. Все это требует определенного объема и прочности памяти, делая процесс невозможным при достижении мнестическим дефектом определенной критической величины.

Помощь в осознании возникших дефектов памяти и формирование конструктивного взгляда на ситуацию – одна из важных задач специалистов, занимающихся с больным.

Дефекты осознания в клинике могут быть обусловлены не только мнестическим дефицитом, но и являться следствием поражения лобных отделов

мозга. В этом случае наблюдаются снижение критики, трудности программирования и контроля деятельности, благодушие, аспонтанность и другие поведенческие и личностные дефекты. «Лобная» симптоматика требует специальных приемов объективизации. Ее наличие не вытекает непосредственно из феномена нарушенного осознания когнитивных проблем. Если дефекты осознания, связанные с нарушениями памяти, протекают вне лобного синдрома, мы наблюдаем, как в рамках доступного для больного объема предъявляемой информации он хорошо удерживает программы заданий, сохраняет критику к ошибкам, адекватно оценивает результаты своей работы.

Очевидно, что на основании данных нейропсихологического исследования следует дифференцировать причины нарушенного осознания когнитивных дефектов.

Еще одной стороной проблемы осознания дефектов является изменение стратегий повседневного поведения.

В подавляющем большинстве случаев здоровый человек представляет возможности своей памяти в осуществлении той или иной задачи. Если требуется сохранить новый номер телефона, кто-то сделает усилие и постарается номер запомнить, а кто-то – быстрее достанет ручку и бумагу. Если надо запомнить дорогу в незнакомой местности, один будет лишь изредка бросать взгляд по сторонам, а другой станет оборачиваться постоянно, пытаясь запомнить как можно больше деталей своего пути. Любые стратегии (как внешнего поведения, так и внутреннего опосредования информации) основаны на предыдущем опыте. Их успешность с этим опытом связана. Конечно, и здоровый индивид может неточно представить возможности своей памяти, однако его стратегии постоянно корректируются практикой.

Больной, перенесший инсульт, тяжелую черепно-мозговую травму, другое повреждение мозга, теряет возможность запоминать информацию и происходящие с ним события прежним способом, тем, которым он пользовался всю предыдущую жизнь. При этом, как показывает наш клинический опыт, даже нарушения памяти средней степени выраженности не позволяют больному самостоятельно выстроить новые стратегии запоминания. Например, мы наблюдали, как больные с амнестическим синдромом пытаются справиться с задачей приема лекарств в нужное время. Постоянно забывая вовремя принять лекарство и получая указания родственников на то, что он сегодня опять не справился с этим заданием, больной так и не начинает **самостоятельно** использовать в этой ситуации какие-либо опосредующие стратегии или внешние напоминающие средства. В условиях резко сформировавшихся когнитивных дефицитов больные продолжают пользоваться привычными, сложившимися до болезни стратегиями мнестической деятельности.

Формирование новых стратегий, как для повседневной деятельности, так и для интериоризованных процессов, осуществляется во время коррекционных нейропсихологических занятий. На интроспекции механизмов нарушений построено большинство приемов восстановительного обучения. Осознание

нарушений здесь – это возможность (с помощью нейропсихолога) понять причины возникших затруднений.

Память не является унитарным процессом, но включает в себя множество подсистем и звеньев, которые могут быть выборочно нарушены очаговым поражением мозга. Во время занятий проводятся специально организованные демонстрационные эксперименты, способствующие решению проблемы осознания появившихся мнестических дефицитов. Формируются новые алгоритмы запоминания и «поиска в памяти».

Во время занятий осуществляется тонкая подстройка под процесс запоминания конкретного больного в конкретных, специально организованных условиях. Выполнение больным предлагаемых заданий сопровождается маленькими поддерживающими подсказками и комментариями. Здесь можно провести аналогию с процессом освоения плавания. Если человек не умеет плавать и стоит на берегу, ему невозможно объяснить, как надо действовать, чтобы, войдя в воду, вдруг поплыть. Профессиональная поддержка, подсказки и короткие комментарии будут полезны только в процессе осуществления нового действия. Новые стратегии запоминания и извлечения информации из памяти формируются как максимально осознанные и произвольные.

Сообщая больному об имеющихся у него нарушениях, мы должны в рамках этого же занятия продемонстрировать возможности их преодоления. Даже при самых грубых нарушениях памяти, протекающих по типу корсаковского синдрома, можно уже на первом занятии получить запоминание какого-то небольшого объема информации.

Доводя проблему до осознания, следует одновременно демонстрировать путь ее решения.

Проблема осознания дефектов связана с критерием разграничения нормы и патологии в целостной характеристике мнестической функции. Известно, что для тестовых проб имеются нормативные базы, позволяющие с уверенностью квалифицировать выполнение испытуемым того или иного задания как попадающее или не попадающее в диапазон нормативов его возрастной и образовательной группы. Однако часто, выполняя ряд заданий нейропсихологического исследования в соответствии с нормативами, испытуемый тем не менее демонстрирует проблемы в каком-то классе мнестических проб. Причем подобные проблемы мы наблюдали даже у практически здоровых испытуемых среднего возраста, не имеющих другой нейропсихологической симптоматики и неврологической патологии [5]. Как квалифицировать такие нарушения? Можем ли мы говорить, например, что память, в целом, сохранна или должны использовать в итоговом заключении какие-то иные формулировки, указывающие на страдание этой функции?

Анализ имеющегося у нас клинического материала позволяет в качестве решающего аргумента (дифференциального критерия) рассматривать сохранность авторефлексии. Пациента просят сообщить, когда за последние дни он наблюдал

слабость своей памяти или затруднения в повседневной активности, которые можно было бы соотнести с проблемами в этой сфере, привести **конкретные** примеры, описать эпизоды. Ответ может звучать, например, так: «Сегодня утром я долго искал ключи, забыл, куда положил» или «Вчера вечером долго вспоминал фамилию известного артиста, которая буквально висела на кончике языка, а раньше любое нужное мне слово вспоминал сразу». Могут быть любые конкретные эпизоды, но если человек может их вспомнить, то в подавляющем большинстве случаев память **в целом** находится в границах нормы.

Беседа на ту же тему при нарушенной памяти будет выглядеть следующим образом: « – Жена говорит, что я стал многое забывать, по несколько раз задаю один и тот же вопрос. – А когда последний раз такой случай был? – Да я и не помню, когда это было». Невозможность привести ни одного конкретного примера, когда память подвела тебя за последние дни, или просто было трудно что-то вспомнить, формулировка жалоб не собственными словами, а в трактовке родственников – это свидетельства нарушенных процессов авторефлексии и снижения памяти, выходящего за рамки нормативных показателей.

Итак, проблема осознания когнитивных дефицитов при поражениях мозга давно нуждается в специальном исследовании и установлении профессиональных терминологических договоренностей для ее описания. В отличие от соматической патологии, где нарастание выраженности дефектов сопровождается прогрессирующими жалобами, самостоятельное осознание когнитивных нарушений возможно лишь при дефектах памяти легкой и средней степени выраженности. Грубые дефекты памяти не позволяют больному осознать имеющиеся у него когнитивные проблемы. Более того, резко сформировавшиеся нарушения памяти не сопровождаются спонтанным изменением стратегий повседневного поведения. Формирование адекватных компенсаторных схем внешнего поведения и внутренних приемов опосредования при запоминании и воспроизведении информации – задача занимающихся с больным специалистов.

Процесс осознания когнитивных дефектов – это фиксация в памяти случаев, когда те или иные затруднения возникли, сопоставление и обобщение таких моментов в повседневной жизни. Возможность привести конкретные примеры затруднений, связанных с когнитивными дефицитами, говорит о сохранном, в целом, состоянии памяти. Очевидно, что интегративная оценка мнестической функции пациента должна основываться не только на результатах выполнения им тех или иных экспериментальных заданий, но и на анализе особенностей авторефлексии.

Литература

1. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. М., 2003.

2. *Кроткова О.А.* Основные направления реабилитации больных с нарушениями памяти // «Проблемы реабилитации нейрохирургических больных». М., 1988.
3. *Кроткова О.А.* Нейропсихологический подход к коррекции грубых амнестических синдромов. // «Международная научно-практическая конференция по нейрореабилитации в нейрохирургии». Казань, 2012.
4. *Кроткова О.А., Карасева Т.А., Найдин В.Л.* Количественная оценка нарушений памяти у неврологических и нейрохирургических больных. Методические рекомендации. М., 1983.
5. *Кроткова О.А., Смирнова Н.Я., Каверина М.Ю.* Нейропсихологический анализ снижения памяти в «среднем возрасте». // «Наследие А.Р.Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте» – М., 2012.
6. *Кроткова О.А., Смирнова Н.Я., Каверина М.Ю., Дульцев А.В.* «Проблема осознания нарушений при направленной нейропсихологической коррекции дефектов памяти». // «I Международный конгресс «Нейрореабилитация-2009». М., 2009.
7. *Лурия А.Р.* Травматическая афазия. М., 1947.
8. *Лурия А.Р.* Восстановление функций мозга после военной травмы. М., 1948.
9. *Лурия А.Р.* Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. 2 доп.изд. М., 1969.
10. *Лурия А.Р.* Нейропсихология памяти. В двух томах. М., 1976.
11. *Найдин В.Л., Максакова О.А., Кроткова О.А., Смирнова Н.Я.* Нейрореабилитация при черепно-мозговой травме. //В кн.: «Клиническое руководство по черепно-мозговой травме, т.3», М., 2002.
12. *Трауготт Н.Н.* О механизмах нарушения памяти. Л., 1973.
13. *Хомская Е.Д.* Нейропсихология. М., 1987.
14. *Цветкова Л.С.* Афазия и восстановительное обучение. М., 2001.
15. *Evans J.J.* Disorders of memory // Clinical neuropsychology. A practical guide to assessment and management for clinicians / L. H. Goldstein, J.E.McNeil(eds.). England, 2004.
16. *Poser U., Kohler J.A., Schonle P.W.* Historical Review of Neuropsychological Rehabilitation in Germany. «Neuropsychol. Rehab.», 1996, V.6, №4.
17. *Sohlberg M.M., Mateer C.A.* Cognitive Rehabilitation: An integrative neuropsychological approach. New York, 2001.
18. *Wilson B.A.* Management and remediation of memory problems in brain injured adults // The handbook of memory disorders / A.D.Baddeley, M.D.Kopelman, B.A.Wilson (eds.). 2nd ed. England, 2002.

19. *Wilson B.A.* Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation. // *Neuropsychological Rehabilitation*, 2002, 12.

The problem of cognitive Impairments awareness in patients with memory defects

M. U. Kaverina, junior researcher, Research Institute of neurosurgery named after N.N. Burdenko of RAMS, Telli777@gmail.com

O. A. Krotkova, PhD in psychology, senior research fellow, Research Institute of neurosurgery named after N.N. Burdenko of RAMS, okrotkova@nsi.ru

This article discusses the problem of cognitive deficits awareness in patients with focal brain lesions. Clinical observations and experimental studies made by authors, suggest that cognitive deficits awareness are not always result of poor critical thinking, impaired programming and control component of activity. In patients with expressed impairments of memory function, awareness deficits are bounded up with inability to hold, generalize and analyze everyday life experience in memory. Herewith, not only the awareness processes are impaired in such patients, but new compensatory strategies of current activity are not forming. The second round of the issues, discussed in this paper, is connected with problems of correction and rehabilitation training. Rehabilitation training is based on gradual bringing of formed mechanisms of difficulties to consciousness. The third aspect of the discussing problem is connected with qualification of memory impairments. In some cases, the experimental data do not allow us to talk about the overall severity of cognitive deficits. The integrative evaluation of memory function in patients can be supplemented by studies of auto reflection processes.

Keywords: memory deficits, cognitive defects awareness, compensatory strategies of behavior, correctional learning, auto reflection.

Literature

1. *Korsakova N.K., Moskovichyute L.I.* Klinicheskaya neiropsihologiya. M., 2003.
2. *Krotkova O.A.* Osnovnye napravleniya rehabilitacii bol'nyh s narusheniyami pamyati // «Problemy rehabilitacii neirohirurgicheskikh bol'nyh». M., 1988.
3. *Krotkova O.A.* Neiropsihologicheskii podhod k korrekcii grubyh amnesticheskikh sindromov. // «Mejdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferenciya po neiroreabilitacii v neirohirurgii». Kazan', 2012.
4. *Krotkova O.A., Karaseva T.A., Naidin V.L.* Kolichestvennaya ocenka narushenii pamyati u nevrologicheskikh i neirohirurgicheskikh bol'nyh. Metodicheskie rekomendacii. M., 1983.

5. *Krotkova O.A., Smirnova N.Ya., Kaverina M.Yu.* Neiropsihologicheskii analiz snijeniya pamyati v «srednem vozraste». // «Nasledie A.R.Lurii v sovremennom nauchnom i kul'turno-istoricheskom kontekste» – M., 2012.
6. *Krotkova O.A., Smirnova N.Ya., Kaverina M.Yu., Dul'cev A.V.* «Problema osoznaniya narushenii pri napravlennoi neiropsihologicheskoi korrekcii defektov pamyati». // «I Mejdunarodnyi kongress «Neiroreabilitaciya-2009». M., 2009.
7. *Luriya A.R.* Travmaticheskaya afaziya. M., 1947.
8. *Luriya A.R.* Vosstanovlenie funkcii mozga posle voennoi travmy. M., 1948.
9. *Luriya A.R.* Vysshie korkovye funkcii cheloveka i ih narusheniya pri lokal'nyh porajeniyah mozga. 2 dop.izd. M., 1969.
10. *Luriya A.R.* Neiropsihologiya pamyati. V dvuh tomah. M., 1976.
11. *Naidin V.L., Maksakova O.A., Krotkova O.A., Smirnova N.Ya.* Neiroreabilitaciya pri cherepno-mozgovoii travme. //V kn.: «Klinicheskoe rukovodstvo po cherepno-mozgovoii travme, t.3», M., 2002.
12. *Traugott N.N.* O mehanizmah narusheniya pamyati. L., 1973.
13. *Homskaya E.D.* Neiropsihologiya. M., 1987.
14. *Cvetkova L.S.* Afaziya i vosstanovitel'noe obuchenie. M., 2001.
15. *Evans J.J.* Disorders of memory // Clinical neuropsychology. A practical guide to assessment and management for clinicians / L. H. Goldstein, J.E.McNeil(eds.). England, 2004.
16. *Poser U., Kohler J.A., Schonle P.W.* Historical Review of Neuropsychological Rehabilitation in Germany. «Neuropsychol. Rehab.», 1996, V.6, №4.
17. *Sohlberg M.M., Mateer C.A.* Cognitive Rehabilitation: An integrative neuropsychological approach. New York, 2001.
18. *Wilson B.A.* Management and remediation of memory problems in brain injured adults // The handbook of memory disorders / A.D.Baddeley, M.D.Kopelman, B.A.Wilson (eds.). 2nd ed. England, 2002.
19. *Wilson B.A.* Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation. // Neuropsychological Rehabilitation, 2002, 12.