



Министерство образования Республики Беларусь

Учреждение образования

«Белорусский государственный педагогический
университет имени Максима Танка»

Белорусское общество психологов

КОГНИТИВНЫЕ ШТУДИИ: СИМВОЛЬНЫЙ, МОДУЛЬНЫЙ И НЕЙРОСЕТЕВОЙ ПОДХОДЫ

*Материалы VII международной
междисциплинарной
конференции*

Выпуск 7

Научное электронное издание локального
распространения

Минск
БГПУ
2017

УДК 159.99
ББК 88.4
К57

Печатается по решению редакционно-издательского совета БГПУ

Рецензенты

доктор психологических наук, профессор *И.А. Фурманов*;
доктор психологических наук, профессор *Г.В. Лосик*;
кандидат психологических наук, доцент *Н.В. Дроздова*

Под редакцией *А.П. Лобанова, Н.П. Радчиковой*

Когнитивные штудии: символичный, модульный и нейросетевой подходы:
К 57 материалы VII междунар. междисциплин. конф. Вып. 7 / Под ред. А.П. Лобанова,
Н.П. Радчиковой. – Минск: БГПУ, 2017. – 392 с.

ISBN 978-985-541-398-2

В издании содержатся изложение результатов последних исследований в области когнитивной науки в Беларуси, России и Украины. Рассматриваются проблемы интеллекта и когнитивных процессов, философии и трансдисциплинарной методологии, а также вопросы прикладной когнитивистики

Адресуется аспирантам и студентам психологических факультетов, всем, кто не утратил интерес к познанию себя и своего окружения.

УДК 159.99
ББК 88.4

ISBN 978-985-541-398-2

БГПУ, 2017

ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА КОГНИТИВНУЮ СФЕРУ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

И.В. Григорьева

кандидат медицинских наук

Республиканский научно-практический центр психического здоровья

А.А. Кралько

кандидат медицинских наук, доцент

Республиканский научно-практический центр психического здоровья

А.В. Ладю

Республиканский научно-практический центр психического здоровья

Когнитивные нарушения у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, выявляются в 50–70% случаев, в 10% случаев они носят выраженный характер, достигающий степени деменции [1; 2]. Считается, что деменция, связанная с алкоголизмом, составляет от 5 до 10% всех случаев деменции, особенно у лиц молодого возраста [3].

Алкоголь считается наиболее частым экзогенным токсином, вызывающим энцефалопатию [4; 5; 6]. При этом прогрессирующее нарушение интеллектуальных функций является характерной особенностью алкоголизма [7]. Алкогольная деменция характеризуется доминированием нарушений исполнительных функций, обусловленных поражением передних отделов головного мозга [8]. Среди клинических особенностей этого состояния также отмечаются зрительно–пространственные и перцептивные расстройства, нарушение памяти на события собственной жизни. Часто когнитивные расстройства сочетаются с эмоционально–личностными нарушениями, почти у 80% пациентов имеется депрессия различной степени выраженности.

Нарушения исполнительных функций, обусловленные синдромом разобщения, довольно характерны и для пациентов алкоголизмом, не имеющих выраженных мнестических расстройств. Нередко выявляемый при алкогольной деменции лобный дефект может предшествовать клиническим проявлениям алкогольной полиневропатии и мозжечковой дегенерации, а также синдрому Вернике–Корсакова [2]. При синдроме зависимости от алкоголя лобные доли подвержены в большей степени повреждению, что проявляется нарушением исполнительных функций проявляющихся в снижении способности к абстрагированию и планированию, ингибирование персеверативных процессов, переключение между различными когнитивными процессами, скорость

когнитивных процессов и т.д.).

М.Е. Bates отметил, что когнитивные нарушения распространены у людей, обращающихся за медицинской помощью по поводу расстройств, вызванных употреблением алкоголя [9]. Эти нарушения, как и физические, социальные, психологические и профессиональные последствия употреблением алкоголя различаются по степени тяжести. Однако из-за их медленного появления связанные с алкоголем когнитивные нарушения часто упускаются при назначении лечения. При этом они могут препятствовать целям лечения через их влияние на процессы обработки информации. Тем не менее, некоторое восстановление таких когнитивных нарушений часто происходит после прекращения приема спиртного [9]. Потенциальная обратимость когнитивного дефекта, в частности, нарушений памяти и перцептивно-моторных навыков возможна при раннем начале терапии. Однако некоторые когнитивные функции, в частности, исполнительные и зрительно-пространственные функции, могут хуже поддаваться восстановлению. Также существуют исследования, свидетельствующие о наличии значимого резидуального дефицита или не обнаружившие улучшения когнитивных функций спустя год и более после прекращения приема алкоголя пациентами с синдромом зависимости от алкоголя.

Известно, что когнитивные симптомы являются осевыми симптомами депрессии и у большинства пациентов наблюдаются на протяжении всего периода течения заболевания [10; 11]. Когнитивные симптомы проявляются как проблемы с концентрацией внимания, нерешительность, трудность планирования, замедленное мышление. Депрессивному мышлению с когнитивными нарушениями свойственны незрелость и примитивность, содержание сознания имеет черты категоричности, полярности, негативности и оценочности (по принципу «все или ничего»). Они влияют на многие аспекты жизни пациента, приводят к нарушению его профессиональной деятельности и социального функционирования [12]. Улучшение когнитивных функций у таких пациентов повышает их трудоспособность и способствует функциональному восстановлению дома и на работе [13].

Нами проведено исследование, **цель** которого – изучение влияния депрессивных расстройств на когнитивную сферу у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся в условиях лечебно-трудового профилактория (ЛТП).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие: основная группа (I группа) – пациенты с синдромом зависимости от алкоголя находящиеся в условиях ЛТП в возрасте от 21 до 60 лет, проходящие метод комплексной медицинской реабилитации с использованием трудотерапии (150 пациентов: 100 пациентов ЛТП №1 и 50 пациентов ЛТП №5).

Группа сравнения (II группа) – пациенты с синдромом зависимости от алкоголя находящиеся в условиях ЛТП в возрасте от 21 до 60 лет, проходящие стандартную программу медико-социальной реадaptации с обязательным привлечением к труду (150 пациентов: 100 пациентов ЛТП №1 и 50 пациентов ЛТП №5).

Средний возраст в ЛТП №1 составил $39,8 \pm 9,4$ лет; в ЛТП №5 – $41,5 \pm 9,01$ лет. Средний стаж злоупотребления алкоголем у пациентов ЛТП №1 – 16,5 лет, пациентов ЛТП №5 – 16,7 лет.

Использовались методы: клиничко-психопатологический (диагностика по критериям V (F) раздела МКБ-10 [14], клинического интервью и оценки (оценка тяжести зависимости (Бел-ИТА/В-ASI) (Версия № 1) [15]), шкала депрессии Бека [16]).

Результаты. С помощью оценки данных Бел-ИТА/В-ASI был выявлен имеющийся уровень социализированности и потребности в помощи пациентов относительно вопросов потребления алкоголя, взаимоотношений с людьми, проблем с законом, наличием проблем с жильем и финансовой стабильности, вопросов трудоустройства и досуга. Полученные данные о потребности в помощи в четырех сферах: относительно отношения к алкоголю – 95%; проблемы с законом – 87%; проблем с работой – 82%; конфликтные взаимоотношения в семье – 92%. Показатели профиля проблем в данных директориях подтверждают необходимость проведения данным лицам комплексной реабилитации.

Выявленное превалирование наличия в семейном анамнезе алкогольной наследственности по линии отца – 52,5% и деда – 22,5%, по отношению к другим родственникам подтверждает доминирующее влияние на формирование в последующем алкогольной зависимости наследственности по отцовской линии. Отмеченные во время проведения интервью жалобы пациентов у значительного количества свидетельствовали о наличии признаков имеющейся «доалкогольной» депрессии: «выпивал, чтобы снять тоску», «выпью и только тогда поднимается настроение», «я лечил себя от одиночества и подавленности выпивкой». Таким образом прием алкоголя часто оправдывался ими необходимостью улучшения настроения и снижения чувства тревоги от различных стрессовых переживаний. Характер формирующейся зависимости незаметно трансформировался у них из эпизодического в системный. Постепенное нарастание негативных последствий, так называемой «лечебной алкоголизации» все чаще приводило к возрастанию рецидивов злоупотребления алкоголем, появлению депрессии, углублению социальной и семейной дезадаптации, приведшей к направлению в ЛТП.

Результаты, полученные с помощью Шкалы депрессии Бека согласуются с данными проведенного интервью, в котором пациенты отмечали свое

состояние: «меня уже ничто не ждет в жизни», «я скатился на самое дно, не знаю, как это пережить», «после выхода из ЛТП люди будут относиться ко мне с предубеждением, и мне трудно будет справиться с этим одному», «мне всегда не везет», «я никогда не смогу устроиться на работу с клеймом алкоголика», «я уже достаточно наказан по жизни».

В исследовании у большинства пациентов – 88 % пациентов ЛТП №1, 73% пациентов ЛТП №5 были выявлены различного уровня депрессивные проявления. Проведенный анализ степени выраженности депрессивных симптомов по шкале депрессии Бека у пациентов ЛТП №1 и ЛТП №5 подтвердил, что из 21 симптома депрессии наиболее выраженными явились: снижение настроения – у 79% I группы и 77% II групп ЛТП №1 и у 62% I группы и 68% II групп ЛТП №5; пессимизм относительно будущего – у 81% I группы и 77 % II групп ЛТП №1 и у 86% I группы и 80% II групп ЛТП №5; чувство несостоятельности – у 68% I группы и 74 % II групп ЛТП №1 и у 64% I группы и 68% II групп ЛТП №5; неудовлетворенность собственной жизнью – у 87% I группы и 86 % II групп ЛТП №1 и у 68% I группы и 84% II групп ЛТП №5; наличие чувства вины – у 77% I группы и 77 % II групп ЛТП №1 и у 70% I группы и 88% II групп ЛТП №5; ощущение наказанности – у 83% I группы и 84 % II групп ЛТП №1 и у 80% I группы и 84% II групп ЛТП №5, идеи самообвинения – у 64% I группы и 74 % II групп ЛТП №1 и у 44% I группы и 68% II групп ЛТП №5. Более чем у 50% пациентов в обеих группах отмечено также наличие симптомов раздражительности, расстройства сна, отвращение к самому себе. Таким образом из 21 симптома депрессии, у пациентов ЛТП №1 и ЛТП №5, 10 были проявлены в выраженной степени, что подтверждает наличие депрессивной симптоматики в структуре алкогольной зависимости данных лиц. Наличие тревожно-депрессивных нарушений являлось predisпозицией к последующему злоупотреблению алкоголем. Наличие депрессивных проявлений способствовало углублению тяжести клинической симптоматики и усложняло проявление патологического влечения к алкоголю, провоцировало возникновение рецидивов.

Результаты оценки уровня выраженности депрессии у пациентов I и II групп ЛТП №1 и ЛТП №5 представлены в табл. 1.

Полученные данные свидетельствуют, что статистически значимых отличий между исследуемыми группами выявлено не было, только у 12% лиц ЛТП №1 и у 20% ЛТП №5 отсутствовали проявления депрессии.

Различные уровни депрессии в обеих ЛТП также не выявили статистически значимых отличий между лицами находящимися в условиях ЛТП. Проявления легкой депрессии отмечались практически у 20% лиц ЛТП №1 и у 22% ЛТП №5; проявления умеренной депрессии – у 11% I группы и 9 % II группы ЛТП №1 и у 22% I группы и 14% II группы ЛТП №5; а вот

проявления выраженной депрессии были значительными – у 42% I группы и 34 % II группы ЛТП №1 и у 14% I группы и 54% II группы ЛТП №5; признаки тяжелой депрессии отмечались – у 15% I группы и 26 % II группы ЛТП №1 и у 16% I группы и 8% II группы ЛТП №5.

Таблица 1. Результаты оценки уровня выраженности депрессии у пациентов I и II групп ЛТП №1 и ЛТП №5, %

Уровень выраженности депрессии	ЛТП №1			ЛТП №5		
	I группа (n=100)	II группа (n=100)	P	I группа (n=50)	II группа (n=50)	P
Отсутствует	12	12	0,338	34	20	0,057
Легкая	20	19	0,873	22	14	0,182
Умеренная	11	9	0,655	14	4	0,059
Выраженная	42	34	0,497	14	54	0,001
Тяжелая	15	26	0,047	16	8	0,102

Из двух субшкал депрессии: когнитивно-аффективной и соматических проявлений наиболее выраженными оказались изменения в когнитивно-аффективной сфере.

Когнитивно-аффективные проявления депрессии в обеих группах ЛТП №1 и ЛТП №5 подтверждались высокими показателями: снижения настроения – 69,5%, пессимизма – 81,5%, чувства несостоятельности – 69%, неудовлетворенностью жизнью – 77,5%, чувством вины – 79%, ощущением наказанности – 82%, отвращением к самому себе – 63,5%, идеями самообвинения – 69%.

Из соматических проявлений наиболее частым оказалось расстройство сна – у 65,5 % лиц. На наличие инсомнии еще до направления в ЛТП указывали 60% пациентов, объясняя прием спиртного необходимостью улучшения сна «выпивал, чтобы заснуть», «хорошо спится после расслабления от выпитого». Таким образом появление инсомнии, в периоде предшествующем направлению в ЛТП и в последующем периоде, подтверждало наличие стойких тревожно-депрессивных нарушений.

Полученные данные о наличии проявления легкой 19,7%, умеренной депрессии у 9%, выраженной депрессии 36%, тяжелой депрессии 16,2% пациентов обеих групп ЛТП №1 и ЛТП №5 свидетельствуют о имеющейся коморбидности депрессии и алкогольной зависимости и подтверждают, что алкогольная зависимость увеличивает риск появления депрессивного расстройств.

Таким образом, у значительного количества исследуемых пациентов – 88% ЛТП №1 и 73% ЛТП №5 отмечено наличие серьезных когнитивно-аффективных нарушений проявляющихся: аффективными нарушениями с подавленным гневом, дисфорией, постоянным чувством тревоги о будущем, пессимизмом, чувством несостоятельности и вины, чувством наказанности; мотивационными с потерей положительной мотивации, отсутствием чувства удовлетворенности от жизни, нарастанием избегающих тенденций, возрастанием алкогольной зависимости; поведенческими с пассивностью, избегающим поведением, небрежным отношением к личной гигиене и ежедневным обязанностям, самостигматизацией и обвинением родных и близких, нарастанием дефицитарности социальных навыков; физиологическими с расстройством сна, постоянным чувством усталости, снижением работоспособности; когнитивными с значительными трудностями в при принятии решений, представлением любого жизненного вопроса как сложной и труднопреодолимой преграды, самобичеванием, самоуничижением, категоричным, полярным и негативным мышлением.

Заключение. Сочетание алкогольной зависимости и значительных когнитивно-аффективных проявлений депрессии у пациентов ЛТП сопряжено с большей степенью дезадаптации и высоким риском увеличения рецидивов и противоправных действий, что определяет необходимость оптимизации стратегий лечения пациентов с когнитивными нарушениями на стадии обратимых изменений и позволяет обеспечить сохранность когнитивного потенциала, исключить развитие алкогольной деменции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Renner, J.A. Alcohol-associated dementia / J.A. Renner, J.C. Morris // Handbook of Dementing Illnesses. – 1994. – P. 393–412.
2. Harper, C. Alcoholism and dementia / C. Harper, D. Corbett // The Neuropathology of Dementia. – 1997. – P. 294–306.
3. Truelsen, T. Amount and type of alcohol and risk of dementia. The Copenhagen City Heart Study / T. Truelsen, D. Thudium, M. Gronbek // Neurology. –2002. – Vol. 59. – P. 1313–1319.
4. Adams, K. Neuropsychological deficits are correlated with frontal hypometabolism in positron emission tomography studies of older alcoholic patients / K. Adams, S. Gilman, R. Koepp // Alcohol. Clin. Exp. Res. – 1993. – Vol. 17. – P. 205–210.
5. Crews, F.T. Mechanisms of neurodegeneration and regeneration in alcoholism / F.T. Crews, K. Nixon // Alcohol and Alcoholism. – 2009. – Vol. 44. – P. 115–127.

6. Воробьева, О.В. Алкогольная нейропатия: клиника, диагностика, лечение / О.В. Воробьева // *Consilium medicum*. – 2007. – Т. 9, № 2. – С. 144–146.
7. Donaghy, M. Toxic and environmental disorders of the nervous system / M. Donaghy // *Brain's Diseases of the Nervous System*. – 1993. – P. 513–529.
8. Дамулин, И.В. Неврологические расстройства при алкоголизме / И.В. Дамулин, Т.Е. Шмидт // *Неврологический журнал*. – 2004. – Т. 9, № 2. – С. 4–10.
9. Bates, M.E. A Role for Cognitive Rehabilitation in Increasing the Effectiveness of Treatment for Alcohol Use Disorders / M.E. Bates, J.F. Buckman, T.T. Nguyen // *Neuropsychology Review*. – 2013. – Vol. 1, № 23. – P. 27–47.
10. Conradi, H.J. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study / H.J. Conradi, J. Ormel, P. de Jonge // *Psychol Med*. – 2011. – Vol. 41, № 6. – P. 1165–1174.
11. Kiosses, D.N. Executive dysfunction and disability in elderly patients with major depression / D.N. Kiosses [et. al.] // *American Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2001. Vol. 9, № 3. – P. 269-274.
12. Marazziti, D. Cognitive impairment in major depression / D. Marazziti [et. al.] // *Eur J Pharmacol*. – 2010. – Vol. 626, №1. – P. 83–86.
2. Naismith, S.L. Disability in major depression related to self-rated and objectively-measured cognitive deficits: a preliminary study / S.L. Naismith // *BMC Psychiatry*. – 2007. – Vol. 17. – P. 7–32.
3. Классификация психических и поведенческих расстройств: клинич. описания и указания по диагностике: 10-й пересмотр / пер. на рус. яз. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина; ВОЗ. – Киев: Факт, 1999. – 272 с.
4. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (B-ASI) В.В. Поздняк и др. // Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. – 2001. – Режим доступа: <http://www.beldrug.org>. – Дата доступа: 10.03.2017.
5. Beck, A.T. An Inventory for Measuring Depression / A.T. Beck [et. al.] // *Archives of general psychiatry*. – 1961. – Vol. 4., №. 6. – P. 561–571.