

ЭТОЛОГИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

О. А. Гильбурд, И. Н. Коптев

Целью исследования было описание признаков невербального поведения, свойственного пациентам с деменцией цереброваскулярного генеза. Изучен этологический репертуар 54 пациентов с клиническим диагнозом «сосудистая деменция». Составлен «Контрольный перечень этологических признаков сосудистой деменции», включающий 45 поведенческих паттернов. Сделан вывод, что использование контрольного перечня этологических признаков сосудистой деменции позволяет максимально объективизировать распознавание сосудистой деменции и верифицировать клинический диагноз.

Ключевые слова: сосудистая деменция, невербальное поведение, этологическая семиотика, верификация диагноза.

ВВЕДЕНИЕ

Этология, изучающая биологические закономерности невербального поведения живых существ, в ее современном понимании берет свое начало с публикации в 1935 г. фундаментальной работы Конрада Лоренца «Компаньон в мире птиц» [1], в которой были сформулированы базовые постулаты, термины и методы нового научного направления. Статус общепризнанной самостоятельной науки этология приобрела в 1973 г., когда Konrad Lorenz, Nicolas Tinbergen и Karl von Frish получили Нобелевскую премию за исследования невербального поведения в номинации «Физиология и медицина». Вскоре ученик К. Лоренца Иренаус Эйбл-Эйбесфельдт [2] вводит понятие и определение этологии человека. Однако еще в 1960-е годы анализ специфики невербального поведения был использован германским психиатром Дитлефом Пломом для объективизации и верификации различных психических расстройств [3]. В 1977 г. появился термин «этологическая психиатрия» [4]. Наиболее продуктивный этологический анализ поведения психически больных проводился в 1982–2002 гг. в рамках так называемого Крымского проекта, важными результатами которого стали, во-первых, разработка (совместно с Институтом этологии человека (Андекс, Германия)) универсального «Глоссария по исследованию невербального поведения человека»,

включающего 405 этологических паттернов различной структурной и семантической сложности [5–8]; во-вторых, публикация книги «Этология в психиатрии» [9], по сей день не имеющей аналогов в отечественной литературе.

Тем не менее, широкие возможности этологического метода, позволяющего объективизировать клиническое впечатление и верифицировать диагностическое суждение врача психиатра, по нашим наблюдениям, почти не используются в отечественной практике [10]. Это в полной мере относится к актуальной проблеме отграничения сосудистой деменции от деменции иного происхождения, сложность которой максимизируется в случаях глобального слабоумия [11].

Цель работы – систематическое описание признаков невербального поведения, свойственного пациентам с сосудистой деменцией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в период 2015–2017 гг. на базе Сургутской клинической психоневрологической больницы, Сургутского геронтологического центра, Сургутского частного хосписа «Золотое сердце», а также в домашних условиях по месту постоянного жительства больных.

ETHOLOGICAL SEMIOTICS OF VASCULAR DEMENTIA

O. A. Gilburd, I. N. Koptev

The aim of the study is to describe the signs of nonverbal behavior characteristic of patients with dementia of cerebrovascular origin. The ethological repertoire of 54 patients with the clinical diagnosis of vascular dementia is studied. A "Checklist of ethological signs of vascular dementia" with 45 behavioral patterns is drawn up. This checklist has shown that its use makes it possible to objectify the definition of vascular dementia at the most and to confirm the clinical diagnosis.

Keywords: vascular dementia, nonverbal behavior, ethological semiotics, verification of diagnosis.

Всего было обследовано 54 пациента (32 женщины и 22 мужчины в возрасте от 55 до 64 лет) с клиническим диагнозом «сосудистая деменция», установленным в соответствии с критериями МКБ-10 (шифры: F01.0-9). Применялись клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и этологический методы. Когнитивный потенциал больных по шкале MMSE (Mini Mental State Examination – Краткая шкала оценки психического статуса) варьировал в пределах от 14 до 10 баллов, что соответствует тотальному слабоумию различной глубины. Для математической обработки данных использовались методы описательной статистики, а именно: вычисление среднего по совокупности (μ) и стандартного отклонения (σ).

С периодичностью 6 месяцев в статике и динамике осуществлялась 15-минутная видеофиксация этологического репертуара каждого пациента с последующей покaдровой дискриминацией элементарных единиц, простых паттернов и сложных (контекстных) форм невербального поведения с использованием вышеупомянутого «Глоссария...».

Экспрессия (степень выраженности) признаков оценивалась по совокупности наблюдений согласно формализованной 7-балльной «Шкале этологических признаков человека» (Human Ethological Signs Scale – HESS) [12]:

1 балл, *отсутствует* – определение признака неприменимо.

2 балла, *минимальная* – сомнительное присутствие признака.

3 балла, *умеренная* – признак возникает на короткое время, регулярно, проявляется отчетливо, преимущественно в ситуационном (средовом) контексте.

4 балла, *средняя* – признак возникает на короткое время, регулярно, проявляется отчетливо, в том числе вне ситуационного (средового) контекста.

5 баллов, *резкая* – признак возникает часто, проявляется отчетливо, вне зависимости от ситуационного (средового) контекста и сохраняется достаточно продолжительное время.

6 баллов, *яркая* – признак присутствует почти постоянно, проявляется отчетливо, вне зависимости от ситуационного (средового) контекста.

7 баллов, *грубая* – признак присутствует постоянно, акцентирован в общем репертуаре поведения, проявляется вне зависимости от ситуационного (средового) контекста.

Как семиотически значимые квалифицировались признаки, экспрессия которых соответствовала оценке от 4 до 7 баллов.

Критерии включения: 1) письменное информированное согласие законных представителей пациентов на участие последних в исследовании; 2) наличие деменции, обусловленной цереброваскулярными заболеваниями (атеросклероз сосудов головного мозга, гипертоническая болезнь), которые подтверждены результатами консультативного об-

следования (невролог, окулист) и аппаратной диагностики (МРТ, ультразвуковая доплерография).

Критерии исключения: 1) деменция, обусловленная нейроморфологическими изменениями иного происхождения, либо смешанная (сосудисто-нейродегенеративная) деменция; 2) наличие коморбидной психической или выраженной соматической патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования нами был составлен «Контрольный перечень этологических признаков сосудистой деменции» (Vascular Dementia Ethological Checklist – VaDEC), включающий 45 поведенческих паттернов, в том числе 15 элементарных единиц, 13 простых комплексов и 17 сложных форм невербального поведения больных.

Элементы поведения: горизонтальные морщины на лбу, расширенные веки, слезы, отвисшая нижняя губа, жевание, обе руки фиксированы на туловище (в том числе подмышками), обе руки фиксированы на голове, рука поглаживает руку, плечи опущены, голова прямо, коленный угол более 90°, речь тихая, продолжительные паузы в речи, медленный темп речи, индивидуальные затруднения в произношении отдельных звуков, их искажение или растягивание.

Простые комплексы поведения: жест скрытой тревоги, мимика тревоги, мимика плача, глазной контакт затяжной, индивидуальное расстояние сокращается в ходе беседы, уменьшение плеч, реакция плеча (приподнимание плеч с опусканием головы – как признак испуга или элемент прятания), вздрагивание туловища при внезапном раздражителе, аутогруминг, манипулирование пищей, гортанное покашливание, бормотание, стереотипии моторики и невербальных компонентов речи.

Сложные комплексы поведения: походка медленная, слабое участие рук в ходьбе, неряшливость, предпочтение старой одежды, хоардомания, силлогомания, анорексия, полидипсия, оральные движения вне речи, редукция исследовательского поведения, осторожное поведение при входе в помещение, челночные треки в границах территории, маркировка территории пищевыми отходами, окурками, предметами личного обихода, контактная аллоагрессия (непосредственное нападение, удар, укус, прижигание сигаретой), переадресация агрессии (повреждение окружающих предметов, одежды), конфликтное взаимодействие с незнакомцами, редукция родительского поведения.

С учетом различной частоты регистрации невербальных признаков были сформированы три нозологически значимых VaDEC-кластера (табл.): нозоспецифический (признаки, выявляемые у 100 % больных сосудистой деменцией), нозотипический (признаки, выявляемые у 80–99 % больных) и нозоаффилированный (признаки, выявляемые у 51–79 % больных).

Частота и экспрессия перечня этологических признаков сосудистой деменции у обследованных пациентов

ADEC-признаки	Частота		Экспрессия по HESS
	Абс.	%	
Нозоспецифический ADEC-кластер			
1. слезы	54	100 %	6,12 ± 0,35
2. обе руки фиксированы на голове	54	100 %	5,89 ± 0,58
3. рука поглаживает руку	54	100 %	5,66 ± 0,32
4. плечи опущены	54	100 %	5,93 ± 0,21
5. продолжительные паузы в речи	54	100 %	6,05 ± 0,42
6. речь тихая	54	100 %	5,44 ± 0,45
7. жест скрытой тревоги	54	100 %	6,13 ± 0,57
8. мимика тревоги	54	100 %	6,22 ± 0,49
9. реакция плеча (приподнимание плеч с опусканием головы как признак испуга или элемент прятания)	54	100 %	5,92 ± 0,44
10. вздрагивание туловища при внезапном раздражителе	54	100 %	6,04 ± 0,43
11. аутогруминг	54	100 %	5,95 ± 0,22
12. мимика плача	54	100 %	6,26 ± 0,18
13. походка медленная	54	100 %	5,47 ± 0,11
14. предпочтение старой одежды	54	100 %	6,11 ± 0,59
15. оральные движения вне речи	54	100 %	5,77 ± 0,22
16. редукция исследовательского поведения	54	100 %	5,90 ± 0,41
17. осторожное поведение при входе в помещение	54	100 %	6,18 ± 0,33
18. челночные треки в границах территории	54	100 %	5,65 ± 0,31
Среднекластерные показатели		100,0 %	5,93 ± 0,37
Нозотипический ADEC-кластер			
1. жевание	44	81,5 %	4,55 ± 0,27
2. обе руки фиксированы на туловище (в т. ч. подмышками)	44	81,5 %	5,74 ± 0,11
3. голова прямо	47	87,0 %	5,32 ± 0,21
4. медленный темп речи	50	92,6 %	5,15 ± 0,79
5. индивидуальные затруднения в произношении отдельных звуков, их искажение или растягивание	51	94,4 %	5,41 ± 0,14
6. глазной контакт затяжной	49	90,7 %	4,92 ± 0,47
7. индивидуальное расстояние сокращается в ходе беседы	52	96,3 %	5,72 ± 0,14
8. уменьшение плеч	53	98,1 %	4,92 ± 0,24
9. хоардомания	44	81,5 %	4,81 ± 0,57
10. силлогомания	48	88,9 %	4,88 ± 0,19
11. маркировка территории пищевыми отходами, окурками, предметами личного обихода	47	97,0 %	5,39 ± 0,66
12. переадресация агрессии (повреждение окружающих предметов, одежды)	46	85,2 %	4,95 ± 0,51
13. конфликтное взаимодействие с незнакомцами	48	88,9 %	4,77 ± 0,49
14. редукция родительского поведения	52	96,3 %	5,04 ± 0,66
Среднекластерные показатели		90,0 %	5,09 ± 0,39
Нозоаффилированный ADEC-кластер			
1. горизонтальные морщины на лбу	28	51,9 %	4,19 ± 0,44
2. расширенные веки	29	53,7 %	4,44 ± 0,28
3. отвисшая нижняя губа	28	51,9 %	4,12 ± 0,11
4. коленный угол более 90°	33	61,1 %	4,29 ± 0,33
5. манипулирование пищей	36	66,7 %	5,05 ± 0,77
6. гортанное покашливание	39	72,2 %	4,52 ± 0,87
7. бормотание	28	51,9 %	4,77 ± 0,44
8. стереотипии моторики и невербальных компонентов речи	42	77,8 %	4,99 ± 0,23
9. слабое участие рук в ходьбе	30	55,6 %	4,85 ± 0,14
10. неряшливость	40	74,1 %	4,55 ± 0,67
11. анорексия	28	51,9 %	4,11 ± 0,51
12. полидипсия	30	55,6 %	4,19 ± 0,46
13. контактная аллоагрессия (непосредственное нападение, удар, укус, прижигание сигаретой)	31	57,4 %	4,24 ± 0,81
Среднекластерные показатели		60,1 %	4,49 ± 0,47

Анализ табличных данных показывает, что нозологическая значимость VaDEC-паттернов обнаруживает тенденцию к прямо пропорциональной корреляции с их экспрессией – чем выше средняя частота регистрации характерных поведенческих признаков, тем выше средняя степень их выраженности и наоборот. Это, по нашему мнению, позволяет расширить диагностический арсенал современного психиатра на основе иерархической системы объективной семиотики, способствующей этологической верификации клинического диагноза сосудистой деменции. Популярными сегодня методики распознавания данного психического расстройства [13] практически не учитывают описанных нами невербальных маркеров. То же можно сказать и об общепринятых принципах разграничения сосудистого слабоумия с деменциями иного происхождения [14], хотя, по нашим данным, этологический репертуар, в частности, деменции альцгеймеровского типа отличается существенной семиотической спецификой [15].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги проведенному исследованию, мы хотели бы сформулировать несколько соображений, имеющих, на наш взгляд, существенное значение не только для психиатрии.

С одной стороны, очевидно, что клинический метод распознавания и психической, и соматической патологии является субъективно-метафорическим, поскольку базируется на сравнении жалоб, анамнестических сведений и «объективного» состояния пациента (объективного лишь в том смысле, что пациент является объектом обследования, но результирующее мнение у клинициста формируется, увы, субъективное) с тождественными параметрами прежних диагностически верифицированных больных, с данными литературы, клиническим опытом (и мнением) уважаемых коллег. В случае, если сходство означенных параметров достигает степени аналогии (а еще лучше – гомологии), то диагностическая метафора приобретает соответствующее нозологическое оформление. Из вышесказанного следует единственно верный вывод, что клинический диагноз является личной рабочей гипотезой врача по поводу состояния здоровья пациента, а гипотеза, разумеется, нуждается в подтверждении – иначе она превращается в миф, далекий от реальности и вредоносный, если на его основе формируется лечебно-реабилитационная стратегия и тактика.

(В порядке корпоративной самокритики следует признать, что свойственные соматической медици-

не субъективность, метафоричность, гипотетичность и порой мифологичность клинического диагноза достигают максимальной выраженности при распознавании психических расстройств).

С другой стороны, не менее очевидно, что так называемое объективное (физикальное) обследование любого пациента с использованием внешнего телесного осмотра, аускультации, перкуссии, пальпации, обонятельной оценки фактически базируется на регистрации сигналов, поступающих по четырем каналам невербальной коммуникации – визуальному, аудиальному, тактильному и ольфакторному. То есть каждому грамотному и опытному клиницисту присущее глубокое понимание чрезвычайной значимости макро- и микроповеденческих изменений, обусловленных тем или иным нарушением гомеостаза. Отсюда обилие в узкоспециализированных диагностических глоссариях известных со студенческой скамьи поведенческих симптомов и синдромов, которые используются для объективной экспресс-диагностики, – от «маски Гиппократова» у терминальных больных, вынужденной позы астматика, «кошачьего мурлыканья» при сердечных пороках до позы Вернике – Манна при центральном гемипарезе, коматозного дыхания Чейна – Стокса или симптома Обуховской больницы с зиянием расширенной ректальной ампулы при завороте сигмовидной кишки, – перечень можно продолжать бесконечно!.. Однако клиническая оценка этих признаков остается стихийной и бессистемной, поскольку не опирается на теоретические принципы и детально разработанные практические приемы этологии. Как следствие, метафорический субъективизм в современной клинической диагностике по-прежнему превалирует над биологическим объективизмом, за что собственным здоровьем порой расплачиваются пациенты.

Проведенное нами исследование показывает, что анализ невербального поведения с использованием классического этологического инструментария значительно обогащает и детализирует существующие представления о семиотике, в частности, сосудистой деменции и позволяет верифицировать клинический диагноз. Стоит добавить, что в ряде случаев, когда вербальная коммуникация с пациентом была затруднена или невозможна (регресс речи вплоть до афазии, отказ пациента от диагностического интервью, языковой барьер), этологический метод оказывался единственным средством объективного распознавания сосудистой деменции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lorenz K. Der Kumpan in der Umwelten des Vögels // J Ornithol. 1935. Bd. 83. S. 137–213.
2. Eibl-Eibesfeldt I. Ethology – the biology of behavior. NY : Holt Reinhart & Winston, 1975. 357 p.
3. Ploog D. Verhaltensforschung und psychiatrie // Psychiatrie der Gegenwart. Gottingen : Springer Verlag, 1964. S. 292–442.
4. McGuire M., Fairbanks L. Ethological Psychiatry: Psychopathology in the Context of Evolutionary Biology. Australia : Grune & Stratton, 1977. 240 p.
5. Eibl-Eibesfeldt I. Humanethologie. Berlin : Parey, 1985. 1090 S.
6. Самохвалов В. П. Клинико-эволюционный анализ манифестных форм шизофрении : дис. ... д-ра. мед. наук. М., 1989. 300 с.
7. Самохвалов В. П. История души и эволюция помешательства. Сургут : Север. Дом, 1994. 286 с.
8. Коробов А. А. Клинико-этологический метод диагностики психических заболеваний : дис. ... д-ра. мед. наук. М., 1991. 314 с.

9. Корнетов А. Н., Самохвалов В. П., Коробов А. А., Корнетов Н. А. Этология в психиатрии. Киев : Здоровья, 1990. 215 с.
10. Гильбурд О. А. Анализ невербального поведения как способ верификации клинического диагноза // Вестник СурГУ. Медицина. 2009. № 3. С. 57–66.
11. Локшина А. Б. Тяжелая деменция: диагностика, ведение пациентов, профилактика осложнений // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 1. С. 54–60.
12. Гильбурд О. А. Шизофрения: семиотика, герменевтика, социобиология, антропология. М. : Видар-М, 2007. 360 с.
13. Ананьева Н. И., Круглов Л. С., Залуцкая Н. М., Семенова Н. В., Дроздова М. А. Комплексная диагностика сосудистых деменций : пособие для врачей. СПб. : Изд. центр Санкт-Петербург. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2007. 44 с.
14. Захаров В. В. Дифференциальная диагностика когнитивных нарушений // Эффектив. фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2016. № 3 (25). С. 8–17.
15. Коптев И. Н., Гильбурд О. А. Репертуар невербального поведения пациентов с деменцией альцгеймеровского типа // Сибир. вестн. психиатрии и наркологии. 2018. № 3 [в печати].

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Гильбурд Олег Аркадьевич – доктор медицинских наук, доцент, профессор по курсу психиатрии кафедры инфекционных, кожных и венерических болезней, Медицинский институт, Сургутский государственный университет; e-mail: ogilbur@gmail.com.

Коптев Илья Николаевич – аспирант, Медицинский институт, Сургутский государственный университет; e-mail: koptev_ilya@mail.ru.

ABOUT THE AUTHORS

Oleg A. Gilburd – Doctor of Science (Medicine), Associate Professor, Professor, Department of Skin, Venereal and Infectious Diseases, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: ogilbur@gmail.com.

Ilya N. Koptev – Postgraduate, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: koptev_ilya@mail.ru.