

ПОЗНАВАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

В.В. Плотников, Д.В. Плотников

ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет

Расстройства познавательной деятельности (ПД) – важный симптом шизофрении, многократно изучавшийся клиницистами, патонейропсихологами, специалистами смежных областей. Последние десятилетия ПД при шизофрении исследовалась с позиций концепции когнитивной психологии, ориентированной на анализ многокомпонентного процесса «...приобретения, кодирования, репрезентации, хранения и воспроизведения знаний» [5]. Результаты анализа когнитивных процессов сопоставляются с данными нейровизуализации функциональной активности мозговых структур во время решения задач с участием нейрональной локализации функций.

У больных шизофренией примерно в 94% случаев отмечался в разной степени выраженный дефицит нейрокогнитивных функций [14]. При этом отмечалась диссоциация между относительно сохранным операционным аспектом ПД (конструктивные, лингвистические задания, интеллект по Векслеру) и сильным ухудшением когнитивных функций, составляющих фундамент ПД (внимание, память, скорость обработки информации, исполнительная деятельность [13, 19, 20].

Эти данные вскоре привлекли внимание многих исследователей. Нейрокогнитивный дефицит (НКД) стал рассматриваться как «ключевой» в симптоматике шизофрении, как самостоятельная составляющая болезни, наряду с позитивными и негативными расстройствами [12]. У больных шизофренией НКД предшествовал развитию эндогенного процесса и мог составлять риск заболевания. У здоровых родственников больных шизофренией также выявлялся НКД, что позволяло предполагать его генуинную природу [17]. Выяснилась связь между уровнем НКД и уровнем функционального исхода заболевания, социальной реабилитацией и адаптацией [3, 7].

Между тем, исследование ПД при шизофрении с позиции концепции НКД не является безупречным. Отмечаются упрощенная клиническая дифференциация материала (позитивные – негативные симптомы), недостаточная методическая строгость, предпочтение методов, ориентированных на дина-

мический аспект ПД, преимущественно количественная оценка результатов применения стандартизированных тестов в ущерб содержательному анализу, попытки выделить единственную когнитивную функцию (внимание, память и др.), нарушение которой обуславливает всю симптоматику заболевания.

Неудачей окончились и попытки мозговой локализации НКД. С ней была связана дисфункция многих мозговых структур, что позволяло говорить скорее о комплексном (интегральном), а не локализованном характере НКД [14, 15]. Применение при шизофреническом дефекте комплекса нейропсихологических методик А.Р.Лурия также не обнаружило «строго локальных расстройств высших психических функций» [2].

Все сказанное предполагает комплексное (интегративное) исследование состояния психических функций при шизофрении, так как дефицит генерализованного мозгового фактора не может сопровождаться дисфункцией лишь отдельного когнитивного процесса, а неизбежно предполагает наличие комплекса взаимосвязанных психических функций. Комплексному анализу нарушенных функций в достаточной степени соответствует патопсихологический подход. Однако в рамках этого подхода к настоящему времени накоплены данные лишь о характерных изменениях ПД, свойственных шизофрении в целом [4]. Не исследован вопрос о влиянии на эти изменения конкретных клинических состояний, в частности, типа течения заболевания.

Цель работы – комплексное патопсихологическое исследование ПД при шизофрении в динамике развития острых эпизодов рекуррентного, приступообразно-прогредиентного течения, обострениях непрерывного процесса, а также на этапе становления ремиссий.

Материал и методы

В исследованиях приняли участие 169 больных с расстройствами шизофренического спектра, находящихся на стационарном лечении в Курской областной

психиатрической больнице. Диагностика проводилась по МКБ-10, тип течения определялся по критериям отечественной психиатрии [8]. Клинические состояния при разных типах течения сопоставлялись с МКБ-10 в соответствии с рекомендациями [11].

Рекуррентный тип течения (шизоаффективное расстройство, депрессивный, маниакальный, смешанный типы) диагностирован у 24 больных с давностью заболевания от 1 до 10 лет. Средний возраст 25,6 лет. Образование: высшее и незаконченное высшее – 5 человек, среднее и среднее техническое – 12 человек, незаконченное среднее – 7 человек.

Непрерывное течение отмечено у 68 больных. Средний возраст 34,7 лет. Образование: высшее и незаконченное высшее – 23 больных, среднее и среднетехническое – 33, незаконченное среднее – 12 больных. Заболевание начиналось исподволь в 17–19 лет у 5 больных, 20–29 лет – у 18, 30–39 лет – у 28, 40–50 лет у 17 больных.

Вялое течение (шизотипическое расстройство) имело место у 25 больных. Прогрессирующее (параноидная шизофрения) течение – у 38 больных (у 15 отмечался галлюцинаторный вариант, у 23 – бредовый). У 5 больных было злокачественное течение (юношеская гебефреническая, параноидная формы).

Приступообразно-прогрессирующее течение отмечалось у 77 больных (депрессивно-параноидная, галлюцинаторно-параноидная, циркулярная). Средний возраст – 24 года. Образование: высшее и незаконченное высшее – 12 больных, среднее и среднее техническое – 45, незаконченное среднее – 20 больных. Заболевание у 25 больных длилось от 1 до 3 лет, у 15 – от 3 до 5, у 21 – от 5 до 10, у 16 больных – свыше 10 лет.

Клинико-патопсихологическое исследование проводилось вскоре после поступления больных в стационар на разных этапах развертывания острых эпизодов рекуррентной, приступообразно-прогрессирующей формы, при обострениях непрерывно текущей шизофрении. Больные получали адекватное нейролептическое лечение. При становлении ремиссии, незадолго до выписки больные исследовались повторно.

При исследовании оценивался клинический статус больного, в том числе с использованием историй болезни. Комплексное патопсихологическое изучение ПД проводилось хорошо зарекомендовавшими себя методиками, позволяющими получить разностороннюю информацию о состоянии различных познавательных функций и выявлять структуру расстройств. Методики хорошо описаны в литературе, поэтому будут приведены лишь названия и их психологическая направленность.

1). Запоминание 10 слов – слухоречевая память. 2). Серийный отсчет – устойчивость произвольного внимания. 3). Кубики Коса – пространственно-

конструктивное мышление. 4). Классификация предметов – понятийное мышление. 5). Исключение 4-го лишнего предмета – понятийное мышление. 6). Сравнение понятий – вербально-понятийные процессы. 7). Определение переносного значения пословиц – понятийно-вербальные процессы.

При исследовании учитывался психоэмоциональный статус пациента, самоосознание состояния умственной работоспособности, личностные реакции на исследование. При оценке выполнения методик акцент делался на содержательном (качественном) анализе результатов, выявлении структурных отношений изучаемых познавательных функций.

Результаты

Исследование показало, что типы течения сопровождаются разными по структуре патопсихологическими синдромами нарушений ПД. По мере развития стереотипа течения нарушения ПД различались количественно в рамках одного и того же синдрома.

Нарушения познавательной деятельности в динамике острых эпизодов рекуррентной шизофрении (шизоаффективное расстройство, депрессивный, маниакальный, смешанный типы) сопровождались динамикой патопсихологических синдромов инертного и лабильного типов ПД

Инертный тип. Имел место при наличии в клиническом статусе аффектов депрессивного полюса психического торможения и характеризовался осознанием дефицита умственной работоспособности. Больные жаловались на слабость, пассивность, вялость, психическую утомляемость, недостаток интеллектуальной активности, инициативы: «Чувствую себя скованно, не хватает ума и энергии, чтобы руководить собой».

При исследовании выявлялось ослабление способности к целенаправленному умственному усилию, необходимому для выполнения задания. Любое психическое усилие давалось с трудом и сопровождалось неприятным чувством тягостного напряжения. Появлялись признаки психического истощения, замедлялся темп деятельности, больные становились еще более вялыми, жаловались на усталость, головные боли: «...устала я, хочется закрыть глаза, и что бы все молчали... отпустите меня».

Психическое торможение, замедленность сопровождалось тугоподвижностью, инертностью психических процессов, склонностью к застреваниям, персеверациям.

В ПД отмечался тотальный дефицит интеллектуальной продуктивности, снижение уровня обобщений при выполнении всех использованных методик (память, внимание, пространственно-конструктивное, понятийное мышление). Успешность выполнения методик не зависела от их психологической

направленности, а определялась их объективной трудностью, то есть степенью умственного усилия, необходимого для их выполнения. По мере развертывания острого эпизода дефицит интеллектуальной продуктивности нарастал от более сложных к более простым методикам вплоть до полного торможения познавательной активности.

На начальных этапах острого эпизода расстройства ПД были выражены относительно нерезко. При 5-кратном повторении 10 слов воспроизводилось 7–8 слов, в серийном отсчете больные уже после первых этапов отсчета начинали путаться в цифрах, жаловались на усталость, в пробе Коса выполняли простые задания и затруднялись в более сложных. В методиках оценки понятийного мышления отмечалось снижение уровня обобщения. В классификации, исключении предметов присутствовало 93% ошибок конкретно-ситуационного типа: объекты обобщались не по понятийным признакам, а на основе принадлежности привычным житейским ситуациям (врач–термометр; лошадь–бричка и т.д.). 70% пословиц трактовались конкретно, 80% понятий сравнивались по конкретным признакам.

На последующих этапах развития острого эпизода значительно нарастали вялость, пассивность, замедленность, снижение инициативы, активности. Усиливалась психическая ригидность, склонность к персеверациям: «Вы говорите, надо производить отсчет от 100 по 3, а я получила 97 и у меня все время в голове повторяется: 97, 97, 97... и я не могу сдвинуться с места, сосредоточиться...». Интеллектуальная продуктивность была значительно снижена при выполнении всех методик. Запоминались лишь несколько слов, больные были несостоятельны в серийном отсчете, выполнении заданий пробы Коса. В понятийных заданиях больные шли в основном облегченным конкретным путем, не могли раскрыть переносное значение пословиц, метафор, по существенным признакам провести сравнение понятий, при классификации предметов испытывали затруднения уже на первых этапах задания. Формировали группы, в основном, по конкретно-ситуационным признакам, излишне детализировали их (посуда – кухонная, чайная, металлическая, фаянсовая), называли группы не на понятийной основе, а на основе чувственно-наглядных, функциональных признаков (животные – шерсть, мясо; птица – то, что летает по воздуху). В исключение 4-го предмета не понимали условности задания, задачу исключить «лишний предмет» трактовали как реально выбросить его: «Все предметы нужны, ничего нельзя выбрасывать». Переживая свою несостоятельность, больные часто отказывались от заданий «Этого я не могу», «Этого я не знаю».

На пике острого эпизода могли возникать состояния «беспомощного ступора», описанного в рамках циклоидных психозов [18], характеризующегося интенсивным торможением мышления и проявля-

ющегося мутизмом и «...преимущественно поисковыми и вопросительными движениями глаз».

Инертный тип – в основном, обратимое расстройство ПД. На этапах становления ремиссии, исчезновения психопатологической симптоматики упорядочивалось поведение, редуцировались замедленность, инертность психических процессов, восстанавливалась способность к целенаправленному умственному усилию. Больные успешно выполняли многие методики. Однако и в ремиссии сохранялась тенденция к психической истощаемости, что снижало умственную работоспособность. В серийном отчёте по мере выполнения задания замедлялся темп, больные начинали путаться в цифрах, жаловаться на усталость («Голова еще большая»), что снижало умственную продуктивность, при выполнении сложных заданий иногда реализовался конкретный подход.

Лабильный тип встречался в рамках острых эпизодов рекуррентной шизофрении (шизоаффективное расстройство, маниакальный, смешанный типы) и характеризовался нарастающим психическим возбуждением, чрезмерной речевой, моторной активностью и ускорением течения психических процессов, лабильностью, изменчивостью целевых установок, отвлекаемостью. Часть больных осознавала ускорение, облегчение течения мыслей («Мысли быстро идут и меняются...»), нередко жаловались на дефицит произвольного внимания («Путаются мысли... Несобранность», «Не могу сосредоточиться, мешают посторонние мысли»).

В ПД выявлялся тотальный дефицит интеллектуальной продуктивности при выполнении всех использованных методик. Психическое возбуждение, ускорение, лабильность целевых установок блокировали способность к целенаправленному психическому усилию, необходимому для анализа заданий. Суждения становились поспешными, импульсивными, поверхностными, основанными на случайных ассоциациях. Выраженность лабильного типа расстройств ПД нарастала по мере развертывания острого эпизода.

На начальных этапах эпизода больные были двигательны оживлены, многоречивы, наблюдались высказывания по разным поводам, не связанным с содержанием заданий, аффективная лабильность. Также отмечались поспешность, импульсивность, поверхностность в суждениях, неспособность к целенаправленному умственному усилию, что в целом давало картину тотального снижения интеллектуальной продуктивности. В пробе Коса больные выполняли лишь элементарные задания, далее бессистемно манипулировали кубиками. В 91% случаев выявлялось понижение памяти на слова, кривая запоминания была ломаная (7, 6, 8, 5 слов). Затруднения появлялись уже на первых этапах серийного отсчета. Получив задание отчёта от 100 до 7, больная быстро сказала: «100...94... Сейчас, подождите. Я ничего не

думаю. Чепуху разную говорю», не сумела вести отсчет от 100 по 3: «100...97... Не буду отнимать, не могу, потому что мне надо учиться».

В методиках оценки понятийного мышления выявлялось снижение уровня обобщений: 70% больных не справились с классификацией предметов, 40% – с исключением предметов, 57% – с определением переносного значения пословиц. В суждениях преобладал не понятийный, а облегченный конкретно-ситуационный подход: активизировались очевидные, привычные, чувственно-наглядные отношения, не требующие для своего осмысления ощутимого умственного усилия. В классификации предметов было отмечено 69% ошибок конкретного типа, в исключении 4-го предмета – 60%, 42,1% предлагаемых пословиц трактовались конкретно, по конкретным признакам сравнивались 66,6% понятий.

Тем не менее, 25,7% ошибок в классификации предметов, 29,3% – в исключение 4-го предмета, 11,1% – при сравнении понятий могли быть квалифицированы как формальные. В 36,8% при определении переносного значения пословиц их отдельные элементы провоцировали механические ассоциации, речевые стереотипы, мало связанные с содержанием пословиц («молодость побеждает» и т.д.). Качественный анализ показал, что формальные и бессодержательные выполнения заданий при лабильном типе были мало связаны с актуализацией скрытых и латентных свойств объектов. Они обуславливались общей бесконтрольностью, поспешностью, импульсивностью суждений, случайно возникшими ассоциациями, произвольно устанавливаемыми конкретно-ситуационными связями объектов, например, в классификации предметов « кровать и бабочка» – «бабочка летает над кроватью»; «моряк и кошка» – «поиграется с кошкой».

На дальнейших этапах развития острого эпизода тотальный дефицит интеллектуальной продуктивности нарастал и достигал кульминации на высоте эпизода. Больные находились в состоянии психомоторного возбуждения, внимание к эксперименту привлекалось с трудом и на короткое время. В деятельности отмечались хаотичность, беспорядочность, в высказываниях – бессвязность. Объекты воспринимались не в целом, а фрагментарно: пятикопеечная монета – «колосистое обрамление». Целенаправленная ПД заменялась бессмысленным воспроизведением всплывающих по разным поводам разрозненных ассоциаций, привычных речевых штампов, механических рифмований.

Лабильный тип – во многом обратимое расстройство ПД. На этапе становления ремиссии редуцировались изменения динамики ПД (ускорение, лабильность), восстанавливались умственные процессы, больные успешно выполняли многие методики. Тем не менее, сохранялась тенденция к психической истощаемости, снижающей умственную работоспособность.

Познавательная деятельность при обострениях непрерывного процесса

При обострениях непрерывного процесса, независимо от его прогрессивности (вялое, прогрессирующее, злокачественное), расстройства ПД характеризовались единым по структуре патопсихологическим синдромом, сходным с описанным в литературе «диссоциативным мышлением» [6]. Углубление прогрессивности процесса обуславливало количественные различия в расстройствах ПД при сохранности структуры синдрома. Структура данного синдрома была следующей.

Изменения динамических аспектов познавательных процессов (укоренение, лабильность, замедленность, инертность) здесь не были выражены. Дефицит интеллектуальной продуктивности был не тотальным, а скорее парциальным. Это проявлялось в неравномерном выполнении различных методик: одни из них (независимо от объективных трудностей) выполнялись не хуже здоровых людей, в других – больные оказывались несостоятельными. Успешно выполнялись методики, адресующие нагрузку сохранному операциональному аспекту познавательных процессов (запоминание слов, серийное отсчитывание, кубики Коса), связанному с владением умениями, навыками. Несостоятельность выявилась в методиках на понятийное мышление (классификация, исключение предметов, сравнение понятий и др.), в которых больные были вынуждены оперировать собственно значениями, представленными в структуре естественного языка в виде понятий. По нашим данным, это было обусловлено двумя взаимосвязанными процессами: а) в сознании ослабляется главенствование (доминирование) общепринятых, существенных свойств (значений) понятий; б) одновременно ослабляется тормозное влияние главенствующих (существенных) признаков на основании иных свойств объекта. В сознании оживляются всевозможные ассоциативные связи объекта, в том числе и скрытые, латентные, неосознаваемые здоровыми людьми. В результате, для больных нарастает многозначность восприятия однозначных с точки зрения здорового человека ситуации, что затрудняет избирательность ПД.

При вялом течении (шизотипическое расстройство) больные субъективно переживали расстройства ПД даже в большей степени, чем удавалось подтвердить объективно. Отмечая «растерянность», «трудность концентрации», они связывали эти расстройства с появлением большого числа побочных мыслей, сопровождающих главную мысль: «хаос в голове, слишком большой поток информации», «голова забита мыслями». Операциональный аспект ПД, связанный с умственными операциями, умениями, навыками был сохранен: больные хорошо запоминают слова, безошибочно ведут серийный отсчет, успешно выполняли задания пробы Коса.

В понятийных заданиях (классификация, исключение предметов и др.) больные формально владели всеми уровнями обобщений. Ослабление доминирования в сознании общепринятого значения объектов было выражено нерезко. Больные предпочитали действовать при выполнении заданий на понятийном уровне. Однако эпизодически они «соскальзывали» [4] с обобщенного принципа группирования объектов на актуализацию практически мало значимых, латентных свойств. Больной, например, выполняя на понятийной основе исключение 4-го предмета, из 4-х предметов (самолёт, вентилятор, гвоздь, пчела) исключил гвоздь: «остальные имеют круговое движение». Далее он продолжил выполнять методику на понятийной основе, не исправляя ошибку. В вербальных заданиях больные затрудняюсь кратко изложить мысль. При определении пословиц нередко наряду с переносным значением уделяли внимание обсуждению и их конкретного содержания.

При прогредиентном течении параноидной шизофрении (непрерывное течение) диссоциации ПД углублялись. Только отдельные больные жаловались на умственную работоспособность, отмечая нарушение избирательности ПД: «когда работаю, в голове мыслей очень много», «мне трудно мысль упорядочить». Большинство больных либо не имели жалоб на умственную работоспособность, либо оценивали ее достаточно высоко: «мысль стала логичной», «воспринимать стал все шире, в клубке разобрался», «кругозор стал богаче и шире, в голове много полезных мыслей».

Больные не выявляли затруднений в методиках, ориентированных на операциональный аспект ПД. Они хорошо вели серийный отсчет, запоминали слова, 83,2% больных выполнили все задания пробы Коса.

Разительным контрастом было выполнение методик, связанных с оперированием значениями. В сознании больных значительно ослаблялось доминирование общепринятых (существенных) свойств и их тормозное влияние на осознание всего объёма субдоминантных и латентных признаков объектов. В эксперименте это проявлялось по-разному в виде: а) разноплановости (восприятия однозначных с точки зрения здорового человека ситуаций как многозначных, толкование их одновременно в разных планах, затруднение выбора единого направления решения заданий); б) диссоциативной обстоятельности. Больные стремились втиснуть в обобщения всё необозримое число очень мелких различий объектов, не имеющих практического значения, латентных. В классификации предметов, например, отказывались объединить «кастрюлю с ручкой и кастрюлю без ручки», «книгу открытую и книгу закрытую»; в) расширении границ понятий проявлялось созданием очень обширных группировок, включающих большое число разнородных объектов, что нивелировало их предметную определенность.

Выделялись группы объектов, которые «имеют вес, «твердые тела»; г) диссоциативной конкретности, что проявлялась конструированием группировок объектов на основе произвольно вымышленных конкретно-ситуационных связей, не отражающих их реальных соотношений: «велосипед, ножницы, ложка – поехать и ногти постричь»; д) диссоциативной семантики, когда больные использовали вычурные, псевдоабстрактные названия для группировок (рыба, жук – «пресмыкающиеся в водяной области»), отмечалось паралогичное, многозначное толкование пословиц, сравниваемых понятий.

При злокачественном течении (гебефренная, кататоническая, параноидная, юношеские формы) расстройства ПД были выражены сильно. На процесс выполнения заданий значительное влияние оказывали выраженные изменения личности, извращенная мотивация, беспечное отношение к результатам исследования. Свойственная диссоциативному типу неравномерность результатов выполнения разных методик здесь нивелировалась.

У больных не было жалоб на умственную работоспособность; в методиках, ориентированных на операциональный аспект ПД, они неплохо запоминали слова. В пробе Коса выполняли лишь самые простые задания, механически манипулировали кубиками, не замечая грубых ошибок. В серийном отсчёте уже на первых этапах отказывались от отсчётов, заявляли, что задание их «оскорбляет»; в методиках, связанных с оперированием понятиями, отмечались выраженная разноплановость, многозначная трактовка ситуаций, нарушение избирательности ПД. Одновременно в выполнение заданий часто вторгались искажённые мотивы, вычурные установки, личностные пристрастия. Больные заявляли, что им хочется решать задания «как-то необычно, по-особому», а указываемые экспериментатором правильные способы выполнения воспринимались как «скучные», «наивные», пытались называть группы объектов на иностранном языке. Один больной отнёс уборщицу в группу «дикие животные»: «у уборщицы образования ни одного класса... Чтобы посмеяться... У меня 11 классов, а у неё ни одного».

Расстройства ПД при *стабилизации непрерывного процесса* были подвержены в целом определённой положительной динамике. Это касалось в первую очередь методик, связанных с оперированием понятиями. Число ошибок формального (бессодержательного) типа уменьшалось в классификации предметов с 62 до 28 ($p < 0,001$), в задании с исключением 4-го предмета – с 45 до 30 ($p < 0,01$), при сравнении понятий – с 55 до 28 ($p < 0,01$). Число разноплановых толкований пословиц уменьшалось с 24 до 14 ($p < 0,01$). Тем не менее, эти различия были количественными, а не качественными. Диссоциативный тип мышления оставался достаточно выраженным и вне обострений состояния больных.

Расстройства ПД при приступообразно-прогредиентном течении совмещали признаки, свойственные рекуррентному и непрерывному течению; зависели от этапа развития острого эпизода и прогредиентности течения непрерывного процесса. Они проявлялись двумя подвидами: инертным диссоциативным (ИД) и лабильным диссоциативным (ЛД) типами. ИД подвид проявлялся на фоне психического торможения и преобладания эмоций депрессивного спектра. ЛД – на фоне психического возбуждения, острого страха, тревоги, преобладания эмоций маниакального полюса. В структуру патопсихологического синдрома ИД и ЛД подвидов включались расстройства динамического аспекта ПД: замедленность и ригидность (ИД) и ускорение и лабильность (ЛД) психических процессов. По мере развития острого эпизода неуклонно нарастал вплоть до выраженных степеней тотальный дефицит интеллектуальной продуктивности: затруднения выявлялись при выполнении как методик, адресованных операциональному аспекту ПД (память на слова, серийный отсчёт, проба Коса), так и методик, связанных с оперированием понятиями (классификация, исключение предметов, сравнение понятий, переносное значение пословиц). Больные обнаруживали снижение уровня обобщений, в суждениях преобладали конкретно-ситуационные представления, они плохо понимали переносное значение пословиц.

Расстройства ПД при приступообразно-прогредиентной шизофрении не исчерпывались тотальным дефицитом интеллектуальной продуктивности, общим с рекуррентным течением. В структуру ПД вплетались расстройства, характерные для непрерывного процесса: ослабление главенствования в сознании общепринятых значений понятий, обобщение объектов по малосущественным, латентным признакам (формальные обобщения). Если при инертном типе ПД в рамках рекуррентного течения формальные обобщения встречались лишь эпизодически, при ИД число таких ошибок достигало 35% ($p < 0,001$). Больной, например, создав группу «измерительные приборы» (часы, термометр, весы), добавлял к ним шапку («может измерять размер головы»), кровать («может измерять рост тела»). При ЛД число ошибок формального типа возрастало до 54% ($p < 0,001$). Здесь имели место не только поспешные, поверхностные, импульсивные суждения, но и актуализация латентных признаков: «ворона – самолет» (сходство: «поднимаются в воздух под каким-то углом», «тяжелее воздуха» и т.д.).

Динамика расстройств ПД при данном типе течения состояла в следующем: выход в ремиссию сопровождался значительной редукцией динамических расстройств (замедленность, инертность, ускорение, лабильность). Возрастала интеллектуальная продуктивность. Однако, она не достигала преморбидного уровня. В ремиссии по сравнению

с острым эпизодом число больных, безошибочно выполнявших серийный отсчёт, возрастало с 12,5% до 32,6% ($p < 0,001$), задания с пробой Коса – с 18,6 до 53,5% ($p < 0,001$). Число больных, запоминавших все слова, увеличилось с 16,0 до 70,2% ($p < 0,001$). С обобщенным этапом классификации предметов соответственно справлялись 26,1 и 93,9% ($p < 0,001$).

Выход в ремиссию сопровождался достоверным улучшением и качественных характеристик ПД. Число ошибок конкретного типа уменьшилось в классификации предметов с 83 до 48 ($p < 0,001$), в исключении предметов – с 45 до 22 ($p < 0,001$), определении пословиц – с 41 до 26 ($p < 0,001$), сравнении понятий – с 32 до 25 ($p < 0,005$). Уменьшилось и число ошибок, связанных с формальными обобщениями на основе латентных признаков в классификации предметов – с 192 до 43 ($p < 0,001$), в исключение 4-го предмета – с 53 до 22 ($p < 0,001$), определении пословиц – с 23 до 5 ($p < 0,001$), сравнении понятий – с 58 до 25 ($p < 0,001$). В тоже время, как следует из приведённых данных, и в ремиссии качественные особенности ПД, особенно связанные с формальными обобщениями, полностью не редуцируются.

Обсуждение результатов

В процессе исследования установлено, что различные типы течения шизофрении сопровождаются различными по структуре патопсихологическими синдромами нарушенных познавательных функций. Рекуррентный тип (инертный, лабильный подвиды ПД) включает в состав: а) нарушение динамического аспекта ПД (замедленность, инертность; ускорение, лабильность); б) нарастающий по мере развития эпизода тотальный дефицит интеллектуальной продуктивности вплоть до полной блокады мыслительной активности. Эти расстройства обратимы и при становлении ремиссии отмечаются лишь некоторая психическая истощаемость и снижение умственной работоспособности.

При непрерывном течении отмечается парциальный тип расстройств ПД. Он проявляется: а) неравномерностью интеллектуальной продуктивности: одни методики выполняются хорошо, другие – несопоставимо плохо; б) операциональный аспект ПД относительно сохранен (память, серийный отсчёт, пространственно-конструктивное мышление). Дефицит выявляется в методиках, связанных с оперированием понятиями. В сознании больных ослабевает главенствование общепринятых существенных связей понятий, растормаживается осознание второстепенных, латентных свойств, что усиливает многозначность (разноплановость) мышления, формализм обобщений. Выраженность парциального типа расстройств ПД напрямую зависит от прогредиентности процесса. При стабилизации состояния в рамках непрерывного течения показатели ПД улучшаются количественно, присущий больным стиль мышления остается неизменным.

Приступообразно-прогредиентная шизофрения совмещает расстройства ПД, свойственные рекуррентному (инертный, лабильный подвиды) и непрерывному течению: формализм отдельных обобщений, актуализация латентных признаков. При становлении ремиссии расстройства ПД, общие с рекуррентным течением, в значительной степени редуцируются. Расстройства ПД, свойственные непрерывному течению, сохраняются и в ремиссии.

Таким образом, различные типы течения шизофрении, отражая важные психопатологические различия процесса, сопровождаются различными по структуре патопсихологическими синдромами нарушенной ПД. Это дает основание полагать, что при исследовании нейробиологических основ шизофрении следует принимать во внимание сопутствующую структуру патопсихологического синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С., Вериго Н.К. Когнитивный дефицит при шизофрении // Российский психиатрический журнал. 2002. № 3. С. 21–24.
2. Вовин Р.Я. Шизофренический дефект (диагностика, лечение) СПб.: Психоневрологический институт им. В.П.Бехтерева, 1991. 171 с.
3. Гурович И.Я., Магомедова М.В. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на разных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. № 4. С. 31–35.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: МГУ, 1976. 237 с.
5. Когнитивная психология / Р.Соло. СПб.: Питер, 2006. 589 с.
6. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, обобщение, познание. М.: Изд. Московского университета, 1991. 254 с.
7. Магомедова М.В. О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. Т. 10, № 1. С. 91–98.
8. Наджаров Р.А., Смулевич А.Б. Клинические типы шизофрении. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1983. С. 304–355 с.
9. Плотников В.В., Плотников Д.В. Расстройства познавательной деятельности при шизофрении. Учебное пособие для студентов и специалистов. Курск: КГМУ, 2015. 264 с.
10. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М.: Медицина, 1974. 168 с.
11. Руководство по психиатрии в 2-х томах / Под ред. А.С.Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т. 1. 712 с.
12. Bogerts M. Neurodevelopment and schizophrenia // Schizophr. Bull. 2000. Vol. 7, N 1. P. 2–5.
13. Bryson G.B. Initial and final work performance in schizophrenia. Cognitive and symptoms predictions // J. Nerv. Ment. Dis. 2001. Vol. 191. P. 87–92.
14. Elevant B., Goldberg T.E. Stability of attention deficits in schizophrenia // Schizophr. Res. 1997. Vol. 91, N 3. P. 107–111.
15. Goeldberg T.E., Gold I.M. Neurocognitive deficits in schizophrenia // Schizophrenia|| Hirsch. / Wemberger D.R. (Ed.). Oxford Beacwell Science, 1995. P. 146–162.
16. Keefe R.S., Ecsley C.E., Pol M.F. Defining a cognitive function decrement in schizophrenia // Biol. Psychiatry. 2005. Vol. 57. P. 688–694.
17. Lille P.F. Schizophrenia syndromes cognitive performance and neurological dysfunction // Psychol. Med. 1987. Vol. 17. P. 49–57.
18. Mayer-Gross W., Roth M. Clinical psychiatry. London, 1960. 873 s.
19. Mechamed S., Paulsen I.S., Leazi O. et al. Generalized cognitive deficit in schizophrenia: a study of first episode. patient // Arch. Cenat. Psychiatry. 1999. Vol. 56. P. 742–754.
20. Neurocognitive function in schizophrenia at a 10 Year Follow-up. A prelinlaty investigation / M.M.Kutz, I.C.Selter, I.K.Fernand et al. // CNS Spectr. 2005. Vol. 10. N 4. P. 277–280.
21. Pun B.K., Hunton S.B., Saced N. A serial longitudinal quantitative MRI study cerebral changes in first- episode schizophrenia using image segmentation and subvoxel registration // Psychiatr. Res. (Ireland). 2001. Vol. 106, N 2. P. 141–150.

ПОЗНАВАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

В.В. Плотников, Д.В. Плотников

Сопоставлены клинические состояния больных шизофренией (по типам МКБ-10) с результатами патопсихологического исследования их познавательной деятельности. При разных клинических состояниях описаны инертный, лабильный, диссоциативный, инертный диссоциативный, лабильный диссоциативный типы расстройств познава-

тельной деятельности. Они различались не только по структуре, но и характеризовались различной динамикой течения.

Ключевые слова: шизофрения, познавательная деятельность, методики исследования, варианты нарушений при разных клинических состояниях.

COGNITIVE PERFORMANCE IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH DIFFERENT COURSES OF DISEASE

V.V. Plotnikov, D.V. Plotnikov

The authors look at clinical status of schizophrenic patients (in accordance with ICD-10) and the results of their cognitive testing. For different clinical conditions, the authors describe a number of cognitive impairment types, specifically, inert, labile, dissociated, inert dissociated and labile dissociated ones. They differ both in structure and progress characteristics.

Key words: schizophrenia, cognitive performance, research methods, types of impairments in different clinical conditions.

Плотников Вадим Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии Курского государственного медицинского университета.

Плотников Дмитрий Вадимович – доктор медицинских наук, профессор, Курский государственный медицинский университет; e-mail: plot1967@yandex.ru