

**Варианты когнитивного дефицита в сравнении с клиническими характеристиками у пациентов с параноидной шизофренией**

*Лебедева Гульфия Гадилевна*

*Аспирант*

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

*E-mail: lebedeva2512@yandex.ru*

В настоящее время вопрос течения заболевания у пациентов с параноидной шизофренией остается актуальным в связи с решением важной задачи успешной реабилитации. В рамках современной парадигмы - биопсихосоциальной концепции - важное место в системе реабилитации отводится не только психофармакотерапии. Наибольший социальный прогноз успешности реабилитации и адаптации пациентов обусловлен психологическими, психосоциальными характеристиками [1,2].

Несмотря на то, что на сегодняшний день существует достаточно большое количество исследований в психиатрии и патопсихологии, достаточно успешно решающих проблему комплексного изучения психологических характеристик больных шизофренией, недостаточно изученными остаются вопросы взаимосвязи клинических, психологических и социальных, в том числе биологических характеристик пациентов.

**Целью** нашего исследования было изучение вариантов когнитивного дефицита заболевания у пациентов с параноидной шизофренией, обусловленных различными клиническими характеристиками.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 76 пациентов с параноидной шизофренией (F 20.0 по МКБ-10) в возрасте от 18 до 38 лет.

**Критерии отбора:** наличие клинически установленного диагноза в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10; отсутствие на момент обследования острой психотической симптоматики, информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

**Методы.** Для оценки степени выраженности когнитивного дефицита использовались: методика последовательности соединений; тест беглости речевых ответов; тест «Сложная фигура Рея-Остерица; таблицы Шульце-Горбова; субтесты «Кубики», «Шифровка», «Повторение цифр» методики Векслера; тест на запоминание 10 слов; пиктограммы. Для быстрой оценки психопатологических симптомов использовалась краткая психиатрическая оценочная шкала (BPRS, Brief Psychiatric Rating Scale), заполнявшаяся врачом психиатром. Были статистически определены основные независимые клинические параметры и 14 психологических показателей. Математико-статистическим инструментом достижения цели избран кластерный анализ по методу Варда, а также однофакторный дисперсионный анализ и критерий множественного сравнения пар средних  $t$  - Шеффе.

**Результаты исследования.** В результате кластерного анализа было выделено 3 кластера, характеризующих варианты когнитивного дефицита в зависимости от тяжести психопатологической симптоматики, возраста, длительности заболевания и возраста начала заболевания у пациентов с параноидной шизофренией.

Первый кластер пациентов характеризуется самым большим возрастом в настоящий момент, средним возрастом начала заболевания, самой длительной продолжительностью заболевания, средним уровнем психопатологической симптоматики. В структуре когнитивного дефицита пациентам данного кластера характерны: наиболее выраженные нарушения внимания, показателей его активности, переключаемости, концентрации, самые

низкие показатели зрительно-пространственных функций. При этом показатели опосредованного запоминания, долговременной памяти, оперативной и кратковременной памяти, объема памяти, конструктивного праксиса находятся на среднем уровне и грубо не нарушены.

Второй кластер характеризуется средним текущим возрастом, самым поздним возрастом начала заболевания, средней длительностью заболевания, самым низким уровнем клинической симптоматики, средними показателями работоспособности, высокими показателями активности, переключаемости, скорости выполнения заданий, но при этом, самыми низкими показателями продуктивности, самыми низкими показателями памяти (долговременной, опосредованной, оперативной памяти) и ее объема.

Третий кластер характеризуется самым молодым возрастом, самым молодым возрастом начала заболевания, самой небольшой длительностью течения заболевания, но самым высоким уровнем проявления клинических характеристик. Показатели активности внимания самые высокие, ее переключаемости, средние. Показатели памяти (оперативной, долговременной), объема памяти, опосредованного запоминания, зрительно-пространственных функций самые высокие. Показатели понятийного мышления, вербального абстрактного мышления (семантическая и фонетическая беглость) также самые высокие. При этом скорость выполнения заданий на зрительно-пространственную координацию также высока (в сравнении с другими кластерами).

Сравнительный анализ характеристик пациентов с параноидной шизофренией в разных кластерах обнаруживает, что пациенты 1-го кластера отличаются по длительности заболевания от пациентов 2-го кластера и 3 кластера ( $p < 0,01$ ), и имеют большую длительность заболевания. Пациенты 1-го кластера отличаются по уровню активного внимания, переключаемости внимания от пациентов 2-го и 3-го кластеров и имеют самые низкие показатели ( $p < 0,01$ ). Пациенты 1-го кластера отличаются по возрасту (большой возраст) от пациентов 3-го кластера (наименьший возраст) ( $p < 0,01$ ). Пациенты 2-го кластера (наименьший объем памяти) отличаются от пациентов 3-го кластера (самый большой объем памяти) в объеме долговременной памяти ( $p < 0,01$ ) и показателями зрительно-моторных координаций, зрительной памяти (наименьшим у 2-го кластера и наибольшим у 3-го) ( $p < 0,05$ ). Пациенты 2-го кластера отличаются от пациентов 1-го и 3-го кластеров в показателях опосредованной памяти ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, результаты данного исследования позволяют сделать следующий **вывод**: для пациентов с параноидной шизофренией, характерно три основных варианта когнитивного дефицита в зависимости от клинических параметров течения заболевания: 1. Длительное течение заболевания, сопровождающееся средним уровнем выраженности психопатологической симптоматики, формирует когнитивный дефицит с преобладанием нарушений внимания и зрительно-пространственных функций. 2. Позднее начало заболевания и невыраженная клиническая (психопатологическая) симптоматика сопровождается когнитивным дефицитом, где преобладают нарушения мнестических функций. 3. Острое начало заболевания (выраженная психопатологическая симптоматика) в раннем возрасте, на начальных этапах заболевания («первый эпизод») еще не сопровождается выраженными когнитивными нарушениями, когнитивный дефицит не сформирован.

### Источники и литература

- 1) Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. – СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2008. – 288 с.

- 2) Магомедова М.В. О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. - 2000, № 1. - С. 92-98.