

На правах рукописи

Лебедева Гульфия Гадилевна

**СТРУКТУРА И ДИНАМИКА КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА  
У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО  
СПЕКТРА**

19.00.04 – «Медицинская психология»

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург  
2016

Работа выполнена в Санкт-Петербургском государственном университете

**Научный руководитель:** доктор психологических наук, профессор **Хрусталева Нелли Сергеевна**, профессор с возложенными обязанностями заведующего кафедрой психологии кризисных и экстремальных ситуаций ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

**Официальные оппоненты:** доктор психологических наук, профессор, **Горьковая Ирина Алексеевна**, профессор кафедры психологии человека Института педагогики и психологии ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»

доктор медицинских наук, профессор, **Софронов Александр Генрихович**, главный врач СПб ГКУЗ «ГПБ № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; заведующий кафедрой психотерапии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

**Ведущая организация:** ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»

Защита состоится «**23**» **ноября 2016** года в **12:00** часов на заседании совета Д 212.232.22 по защите докторских и кандидатских диссертаций при Санкт-Петербургском государственном университете по адресу: 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6, факультет психологии, ауд. 227.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке им. М. Горького Санкт-Петербургского государственного университета по адресу: Университетская наб., д. 7/9 и на сайте <https://disser.spbu.ru/>.

Автореферат разослан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета  
кандидат психологических наук



**А.В. Трусова**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования.** На сегодняшний день нет убедительных данных о том, что по мере развития и хронизации заболеваний шизофренического круга усугубляется когнитивный дефицит (Gold S. et al., 1999). В некоторых исследованиях показано (Rund B.R., 1998; Heaton R.K., 2001; Kurtz M.M., 2005), что пациенты демонстрируют относительно стабильный уровень когнитивного функционирования даже несмотря на возможные изменения тяжести клинической симптоматики. Исследователи приходят к общему выводу, что шизофрения ассоциируется скорее со стабильным когнитивным дефицитом, чем с нарастающей деменцией (Goldberg T.E. et al., 1993; Heaton R.K. et al., 1994). Об отсутствии прямой связи между выраженностью когнитивных нарушений и основными показателями движения шизофренического процесса, в первую очередь его прогрессивностью, сообщают и отечественные специалисты (Критская В.П., Мелешко Т.П., 2004). Вместе с тем, многочисленные исследования показывают, что психосоциальное функционирование пациента после лечения и выписки из стационара в существенной степени определяется состоянием его когнитивной сферы (Аведисова А.С., Вериго Н.Н., 2002; Green M.F., Neuchterlein K.H., 1999; Магомедова М.В., 2000).

Представления о структуре когнитивного дефекта также весьма расходятся. В качестве ведущего компонента в формировании парциального, диссоциированного типа дефекта при шизофрении в соответствии с традициями отечественной патопсихологической школы рассматривается снижение потребностно-мотивационных характеристик социальной регуляции деятельности и поведения (Блейхер В.М., 1983; Зейгарник Б.В., 1987; Поляков Ю.Ф., 1974). Недостаточность этого компонента психической деятельности приводит к снижению социальной направленности и активности личности, к дефициту общения и социальных эмоций, ограничивает опору на социальные нормативы. В современной англоязычной специальной литературе патология потребностно-мотивационной сферы не считается достаточным объяснением когнитивных расстройств при шизофрении (Sharma T., Harvey Ph., 2000). Не отрицая значения анализа мотивационных, аффективных процессов, особенностей личности и поведения больных шизофренией, зарубежные ученые сосредоточены на исследованиях собственно когнитивных процессов. Учеными подчеркивается значение нарушений внимания (в основном, избирательности и активности), ограничение слуховой и зрительной рабочей памяти, снижение скорости реакции (обработки) и активности психических (информационных) процессов, и расстройство управляющих функций - функций программирования, регуляции и контроля психической деятельности (Savla G.N. et al., 2008).

Современное состояние проблемы оценки структуры и динамики когнитивного дефицита при шизофрении характеризуется существенным расхождением теоретических взглядов исследователей. Модель когнитивного дефицита (Saykin J.A. et al, 1991; Gold J. и Harvey P., 1993; Gladsjo J.A. et al., 2004) в большей степени предполагает количественное изменение функционирования в рамках того или иного домена. Однако, многие авторы утверждают, что отсутствуют прямые взаимосвязи между характером и выраженностью патологического процесса и степенью когнитивных нарушений у пациентов с шизофренией (Rund B.R., 1998; Gold S. et al., 1999; Heaton R.K., 2001; Kurtz M.M.,

2005). Это дает основания предполагать, что более справедливым будет описание имеющихся нарушений не с точки зрения количественных изменений, а с точки зрения представлений о качественной перестройке функциональных систем в ответ на патогенное воздействие. Вышесказанное определяет актуальность изучения данной проблемы.

**Целью настоящего исследования** является изучение особенностей (структуры и динамики) когнитивного дефицита при шизофрении во взаимосвязи с клиническими и социальными характеристиками.

Для достижения поставленной цели исследования сформулированы следующие **задачи**:

1. Изучить структуру когнитивного дефицита (внимание, память, зрительно-моторную координацию, мышление, управляющие (регуляторные) функции) у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством;

2. Исследовать взаимосвязи когнитивного дефицита с выраженностью клинической симптоматики у пациентов с расстройствами шизофренического спектра;

3. Исследовать взаимосвязи когнитивного дефицита с социальным функционированием пациентов с расстройствами шизофренического спектра;

4. Проанализировать динамику когнитивного дефицита пациентов с расстройствами шизофренического спектра в зависимости от длительности заболевания (до 5 лет и более 5 лет);

5. Сопоставить психодиагностические возможности отечественных традиционно используемых патопсихологических методов и зарубежных психометрических тестов.

**Объектом исследования** является когнитивный дефицит у пациентов с расстройствами шизофренического спектра (параноидная шизофрения F 20, шизотипическое расстройство F 21).

**Предметом исследования** является структура и динамика когнитивного дефицита, во взаимосвязи с клиническими и социальными характеристиками.

**Основные гипотезы исследования:**

1. Для пациентов с разными формами шизофрении характерны специфические особенности в структуре когнитивного дефицита.

2. Структура когнитивного дефицита у пациентов с разными формами шизофрении зависит от клинических характеристик и длительности заболевания.

**Теоретико-методологическую основу исследования составили:**

- принципы целостного, системного и комплексного подходов к изучению психики человека в норме и патологии, позволяющие произвести синтез знаний из разных областей наук о человеке (Ананьев Б.Г., 1980; Зейгарник Б.В., 1986);

- биопсихосоциальная модель психических расстройств, позволяющая учитывать многофакторную и многоуровневую природу психической патологии (Engel L., 1980; Кабанов М.М., 2001; Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., 2007);

- отечественная методология клинико-психологического и патопсихологического подхода к изучению и описанию психических расстройств (Лурия А.Р., 1969; Зейгарник Б.В., 1976; Поляков Ю.Ф. с соавт., 1991; Рубинштейн С.Я., 2004) и принципы диагностики в патопсихологическом исследовании (Щелкова О.Ю., 2008), в том числе исследование нарушений при шизофрении в рамках шизофренического патопсихологического симптомокомплекса (Кудрявцев И.А., 1982);

- современные концепции когнитивного дефицита как ведущего симптома при шизофрении (Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф., 1991; Saykin A. J et. al., 1991; Breier A., 1999; Green M.F., Neuchterlein K.H., 1999; Магомедова М.В., 2000; Аведисова А.С., Вериго Н.Н., 2002).

**Научная новизна результатов диссертационного исследования.** В представленной работе впервые проведено комплексное сравнительное исследование клинических, патопсихологических и социально-биографических характеристик пациентов с расстройствами шизофренического спектра – параноидная шизофрения и шизотипическое расстройство. Выделены основные варианты структуры и динамики когнитивного дефицита у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Подобран оптимальный психодиагностический инструментарий для исследования когнитивных нарушений при шизофренических расстройствах, включающий традиционные отечественные методики, а также тесты, разработанные за рубежом, опыт применения которых в России на сегодняшний день ограничен. Была проанализирована их диагностическая информативность в сравнении с традиционно используемыми патопсихологическими методиками.

**Теоретическая значимость** работы состоит в том, что на эмпирическом материале с помощью специально подобранного психодиагностического инструментария на основе количественного и качественного подходов описаны формальные и содержательные характеристики когнитивного дефицита у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Полученные данные расширяют традиционные научные представления о шизофреническом патопсихологическом симптомокомплексе, уточняют закономерности проявления нарушений познавательной деятельности у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Выявлены варианты когнитивного дефицита в зависимости от тяжести патопсихологической симптоматики, возраста, длительности заболевания и возраста начала заболевания. Соотнесены зарубежные понятия – рабочая память, регуляторные функции с отечественными понятиями патопсихологии - зрительно-моторная координация, оперативная память, мыслительные процессы. Результаты исследования приносят новизну в методологию создания коррекционных и реабилитационных программ для пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Исследование диагностической ценности используемых в исследовании психометрических методик, дополняют теоретические представления медицинской психологии в области психодиагностики. Полученные данные о взаимосвязи когнитивного дефицита с социально-демографическими, клиническими характеристиками дополняют методологию разработки психообразовательных программ для родственников пациентов.

**Практическая значимость** работы состоит в выявлении специфики структуры когнитивных нарушений при параноидной шизофрении и шизотипическом расстройстве, что позволит повысить точность дифференциальной диагностики при экспериментально-психологическом исследовании расстройств шизофренического спектра. Определение разных вариантов когнитивного дефицита позволило установить закономерности развития когнитивных нарушений в зависимости от клинической картины заболевания, что облегчает прогноз дальнейшего когнитивного функционирования пациента (дефицитарные и

сохранные когнитивные функции) и позволит подбирать более специфичные и индивидуализированные реабилитационные стратегии.

Эмпирически доказана возможность расширения диапазона психодиагностического инструментария, направленного на оценку выраженности когнитивных нарушений и структуры когнитивного дефицита. Так, например, матрицы Равена мало использовались в классическом, традиционном психодиагностическом арсенале патопсихолога, однако проведенное исследование доказало его диагностическую полезность в исследовании пациентов шизофренического спектра.

Обосновывается диагностическая ценность и возможность включения в психодиагностический инструментарий патопсихолога некоторых зарубежных психометрических методик: ТМТ, Сложная фигура Рея-Остерица, тест Беглости речевых ответов. В целом, использование в практике медицинского психолога полученных результатов позволит повысить надежность и прогностическую ценность экспериментально-психологического обследования пациентов с расстройствами шизофренического спектра, а также расширить репертуар используемых психодиагностических методов, повысить качество психодиагностической и психокоррекционной работы.

Материалы диссертационного исследования могут быть использованы в разработке программ профессиональной подготовки клинических психологов, в программах постдипломного образования, в повышении квалификации психологов, врачей, работающих с пациентами с расстройствами шизофренического спектра в форме лекций, обучающих семинаров, спецкурсов.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Структура когнитивного дефицита понимается как соотношение сохранных и нарушенных когнитивных функций, основанное на количественном и качественном подходе к анализу нарушений познавательной деятельности.

2. Специфика когнитивного дефицита при параноидной шизофрении отличается по своей структуре от когнитивного дефицита при шизотипическом расстройстве: при параноидной шизофрении наиболее выраженными являются нарушения зрительно-моторной координации, переключаемости внимания, управляющих (регуляторных) функций, процесса обобщения по типу искажения, эмоциональной обедненности мышления; а при шизотипическом расстройстве – нарушения процесса обобщения по типу искажения, эмоциональная обедненность мышления.

3. Определены варианты когнитивного снижения, обусловленные клиническими характеристиками заболевания: формы, текущего возраста, возраста начала, длительности и тяжести течения болезни. В зависимости от этих параметров наблюдаются разные сочетания нарушенных и сохранных когнитивных функций.

4. Зарубежные психометрические тесты имеют меньшую специфичность (чувствительность) к выявлению отдельных когнитивных нарушений, характерных для больных с расстройствами шизофренического спектра (в отличие от отечественных патопсихологических методов исследования), они дают лишь общую интегральную оценку сохранности и продуктивности познавательной деятельности.

**Научная достоверность и обоснованность** полученных результатов обеспечивается разносторонним анализом научной литературы; применением

специально подобранного набора психодиагностических методик, адекватных цели, предмету и объекту исследования, их психометрическим обоснованием; репрезентативностью выборки; применением разнообразных методов математической статистики для обработки данных.

**Апробация работы и внедрение результатов исследования.** Основные положения и результаты исследования представлены на научной конференции «Ананьевские чтения» (Санкт-Петербург, СПбГУ, 2008, 2012, 2013), Международной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов» (Москва, МГУ, 2013, 2015), Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф. Полякова) (Москва, ГОУ ВПО «МГППУ» и ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, 2013), конгрессе «Психическое здоровье в Германии и России: Клиническая и исследовательская инициатива. Германская перспектива». (Берлин, 2013), научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в Северо-Западном регионе РФ» (Санкт-Петербург, 2008).

Результаты и основные положения диссертации рассматривались на заседании кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии ГБОУ ВПО «СПбГУ», кафедры психиатрии и наркологии, кафедры общей и клинической психологии ГБОУ ВПО «ПСПбГМУ акад. И.П. Павлова». Результаты исследования применяются в работе психологической службы СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко» и используются при проведении занятий на факультете клинической психологии ГБОУ ВПО «ПСПбГМУ акад. И.П. Павлова».

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 25 печатных работ, из них 5 работ в журналах, рекомендованных ВАК для опубликования результатов диссертационных исследований.

**Структура и объем работы.** Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения и выводов, изложенных на 262 страницах, текста компьютерного набора, содержит 24 таблицы, 26 рисунков, указатель литературы, включающий 241 источник, из них 128 – на русском и 113 – на иностранных языках, а также 9 приложений.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Во введении** обосновывается актуальность выбранной темы, определяются цель и задачи, объект, предмет исследования и гипотезы; приводятся теоретико-методологические основы исследования, раскрывается степень разработанности проблемы и ее научная новизна, раскрываются теоретическая и практическая значимость исследования, формулируются положения, выносимые на защиту.

**В первой главе** «Анализ проблемы когнитивного дефицита, его структуры и динамики у пациентов шизофренического спектра» сравниваются и разграничиваются понятия «дефект», «дефицит», «нейрокогнитивный дефицит», «негативная симптоматика», отмечается, что нейрокогнитивный дефицит в значительной степени определяет социальный и терапевтический прогноз заболевания, а также влияет на формирование другой психопатологической симптоматики (Saykin A.J., Gur R.C., Gur R.E. et al., 1991; Gold J.M., Harvey P.D., 1993; Sharma T, Harvey Ph., 2000). В главе раскрывается содержание

шизофренического патопсихологического симптомокомплекса, обобщаются результаты исследований отечественных и зарубежных авторов, посвященных анализу структуры и динамики когнитивного дефицита, нейрокогнитивной парадигме в изучении шизофрении, где когнитивные нарушения являются одной из ключевых характеристик, принятых большинством ведущих специалистов (Аведисова А.С., Вериго Н.Н., 2001; Корсакова Н.К., Магомедова М.В., 2002; Иванов М.В., Незнанов Н.Г., 2008; Keefe R.S.E., Eesley C.E., 2006; Bilder R.M., 2009 и др.). Обобщаются данные нейровизуализационных и психофизиологических методов изучения нейроанатомических нарушений при шизофрении (Синицкий И.В., Чуприков А.П., 2007; Лебедева И.С., 2009; Ropacki S.A.L., Perry W., 2007), анализируются теории нейрогенерации (Harrison P.J., Lewis D.A., 2003; Rund B.R., 2009; Shenton M., Kubicki M., 2009), дизонтогенеза (Тиганов А.С., 1999; Pantelis C., Wood S.J., Maruff P., 2002; Iritani S., 2007). Рассматриваются возможности экспериментально-психологического исследования когнитивного дефицита, анализируются данные нейропсихологического профиля пациентов с расстройствами шизофренического спектра (Savla G.N. et al., 2008; Bilder R.M., 2009; Palmer B.W. et al., 2009; Keefe R.S.E., Eesley C.E., 2006; Корсакова Н.К., Магомедова М.В., 2002). Представлены данные о динамике когнитивных нарушений у пациентов с расстройствами шизофренического спектра (Palmer B.W., Dawes S.E., Heaton R.K., 2009; В.П. Критская и Т.К. Мелешко, 2009).

**Вторая глава** «Организация и методы исследования» описывает организацию исследования.

**В параграфе 2.1.** описывается формирование выборки и критерии отбора пациентов. В исследование включались пациенты с диагнозом параноидная шизофрения (F 20) и шизотипическое расстройство (F 21) в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (МКБ-10, 1994).

Группы для исследования формировались в соответствии с задачами. Из 184 предварительно обследованных пациентов для сравнения между собой группы пациентов были нормированы по полу, возрасту. В исследовании приняли участие 128 человек в возрасте от 16 до 45 лет. В таблице 1 представлены основные демографические характеристики изучаемых пациентов.

**Таблица 1 - Возраст и пол изучаемых пациентов**

Демографические характеристики	F-20 (n=76)		F-21 (n=52)		Всего (n=128)	
	Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%
Пол: Мужчины	52	68,4	29	56	81	63
Женщины	24	31,6	23	44	47	37
Средний возраст (лет)	26,67±0,78		25,08±0,94		26,02±0,61	

В данном параграфе также представлены основные социально-демографические и клинические характеристики пациентов, в том числе образование, семейное положение, трудовая деятельность, возраст манифеста заболевания, длительность заболевания, наличие группы инвалидности. Основные социально-демографические, клинические показатели пациентов схожи. Все пациенты принимали фармакотерапию в сопоставимых дозах. Основные

психофармакологические показатели в сравниваемых группах схожи. В данном параграфе описываются особенности выполнения пациентами заданий и особенности их взаимодействия с экспериментатором во время клинико-психологического исследования.

В третью, контрольную группу, вошли психически здоровые респонденты (88 человек,  $22,9 \pm 0,72$  года) - студенты лечебного факультета. Из них 59 мужчин (67%) и 29 женщин (33%).

Исследование проводилось на клинической базе СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко», СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница № 7 им. академика И.П. Павлова» и ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Пациенты, принимавшие участие в исследовании, находились в состоянии устойчивой лекарственной ремиссии, при отсутствии острой психотической симптоматики на момент обследования и выраженного интеллектуального снижения, при условии добровольного информированного согласия самого пациента и при согласии лечащего врача. В выборку были включены испытуемые только с праворукостью (предварительно проводился опросник М. Аннет в модификации Л. И. Вассермана).

**В параграфе 2.2.** «Методы исследования» описаны использовавшиеся методы исследования: клинико-психологический, экспериментально-психологический, психометрический методы и метод поперечных срезов .

Клинико-психологический метод включал в себя: изучение медицинской документации и анамнестических сведений об участнике обследования, неформализованное интервью с задачей уточнения анамнестических и социодемографических и биографических данных, метод наблюдения, качественный анализ протоколов обследования с целью выявления характерных ошибок и реакций испытуемых. Для экспресс-диагностики выраженности психопатологических симптомов использовалась краткая психиатрическая оценочная шкала (BPRS, Brief Psychiatric Rating Scale) (Мосолов С.Н., 2001), заполнявшаяся врачом-психиатром. Для определения психосоциального статуса пациентов использовался «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2000).

Экспериментально-психологический метод включал в себя набор патопсихологических и психометрических методик, специально подобранных для оценки когнитивной деятельности испытуемых в соответствии с целью и задачами исследования. Было использовано 14 психодиагностических методик: таблицы Шульте (Рубинштейн С.Я., 2004; Блейхер В.М. с соавт., 2002); таблицы Горбова-Шульте (Блейхер В.М., Круг И.В., 1986; Горбов Ф.Д., 1964); субтесты методики Векслера (Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И., 2006): «Повторение цифр», «Кубики», «Шифровка», «Сходство»; «Методика последовательности соединений» (Trailmakingtest, TMT, Мосолов С.Н., 2001; Reitan R.M., Wolfson D., 1993); тест беглости речевых ответов (Verbalfluencytest, VFT, Мосолов С.Н., 2001; Lezak M.D., 1995); тест «Сложная фигура Рея-Остерица» (Rey-Osterrieth Complex Figure Test, Meyers J.E., Meyers K.R., 1995); тест на «Заучивание 10 слов» (Рубинштейн С.Я., 2004; Лурия А.Р., 2000); стандартные прогрессивные матрицы Равена (Равен Дж.К., Корт Дж.Х., Равен Дж., 2002); методика «пиктограммы» (Херсонский Б.Г., 2003);

методика «Исключение предметов» (Рубинштейн С.Я., 2004); методика «Сравнение понятий» (Рубинштейн С.Я., 2004).

Метод поперечного среза применялся для изучения динамики когнитивного дефицита: показатели пациентов с расстройствами шизофренического круга анализировались в зависимости от длительности заболевания: менее 5 лет, от 5 до 10 лет и более 10 лет.

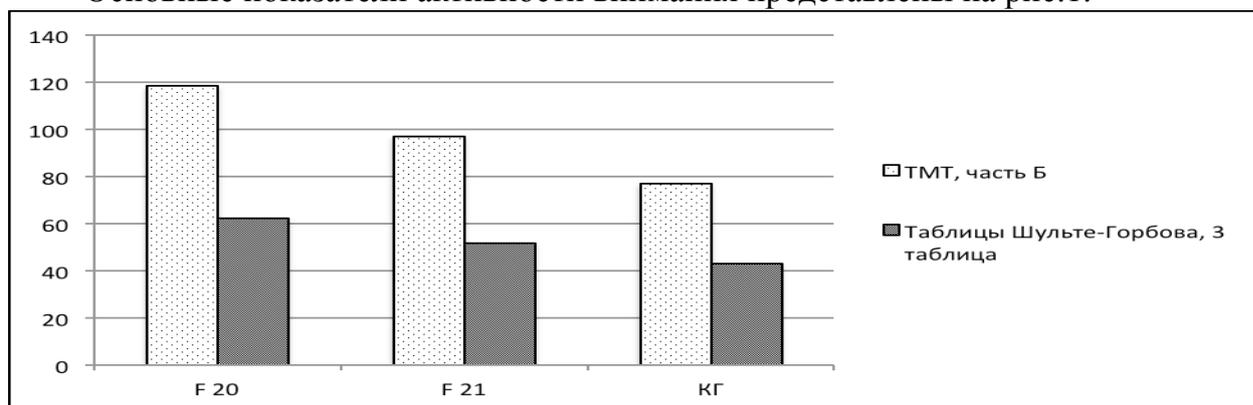
**В параграфе 2.3.** «Методы обработки и анализа данных» представлены математико-статистические методы анализа данных: описательная статистика, метод анализа номинативных признаков (критерий  $\chi^2$  Пирсона), параметрический метод сравнения двух выборок (критерий t-Стьюдента), непараметрический метод сравнения двух выборок (критерий для независимых групп U Манна-Уитни), корреляционный анализ, факторный анализ, кластерный анализ.

В качестве инструментов обработки данных были использованы статистические возможности программного обеспечения Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Statistics) и Microsoft Office Excel.

**В третьей главе** «Исследование когнитивных нарушений, выраженности психопатологической симптоматики и социального функционирования у пациентов с расстройствами шизофренического спектра» представлены результаты экспериментально-психологического исследования, результаты корреляционного, факторного, кластерного анализов, результаты сравнения исследуемых групп пациентов, структура и динамика когнитивного дефицита.

**В параграфе 3.1.** «Исследование структуры когнитивного дефицита у пациентов с расстройствами шизофренического спектра» приведены результаты сравнительного экспериментально-психологического исследования (и психометрического исследования) когнитивных процессов: внимания, памяти, мышления, зрительно-моторной координации у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством (в сопоставлении с контрольной группой).

Основные показатели активности внимания представлены на рис.1.

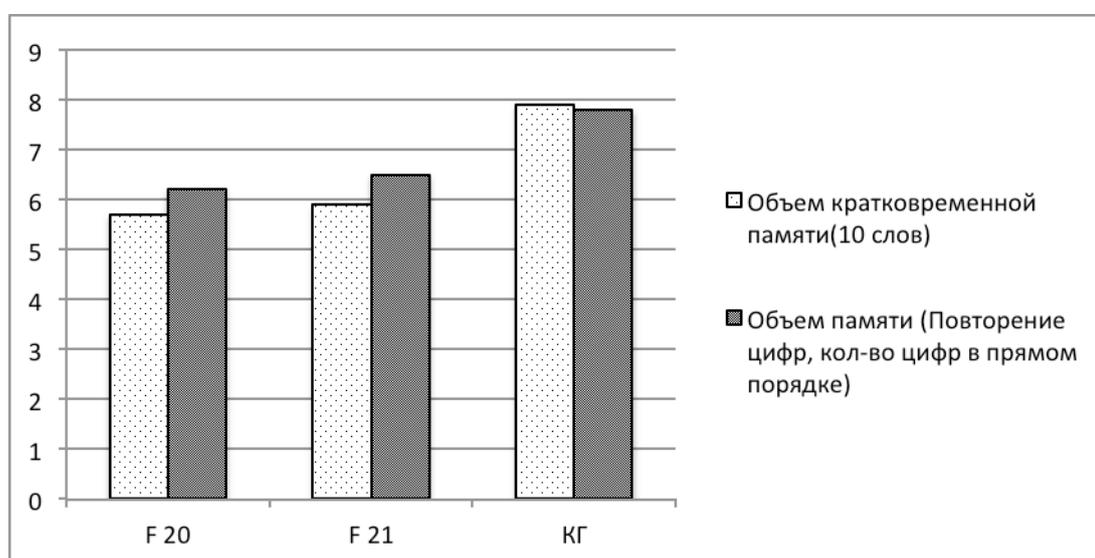


**Примечание.** Сокращения: F 20 – пациенты с диагнозом параноидная шизофрения; F 21 – шизотипическое расстройство; КГ – контрольная группа.

**Рисунок 1** – Показатели активности внимания в сравниваемых группах.

По оси абсцисс – сравниваемые группы; по оси ординат - время выполнения заданий (сек).

На рис. 1 показано, что у пациентов с параноидной шизофренией ( $M=118,3\pm 7,1$ ) и пациентов с шизотипическим расстройством ( $M=97,1\pm 6,5$ ) показатели выполнения части Б теста ТМТ ниже показателей контрольной группы ( $76,8\pm 4,1$ ,  $p\leq 0,01$ ). Кроме того, у пациентов с параноидной шизофренией ( $M=62,3\pm 2,7$ ) и пациентов с шизотипическим расстройством ( $M=51,5\pm 3,0$ ) показатели выполнения 3 таблицы Шульте-Горбова ниже показателей контрольной группы ( $40,9\pm 2,3$ ), но различия не достигают уровня статистической значимости. Из этого следует, что у пациентов обеих групп ослаблена динамическая сторона внимания. При этом, у пациентов с параноидной шизофренией в большей степени ослаблена переключаемость внимания ( $p\leq 0,05$ ), чем у пациентов с шизотипическим расстройством, следовательно, способность осмысленно и сознательно перемещать внимание с одного объекта на другой в большей степени сохранна у пациентов с шизотипическим расстройством.



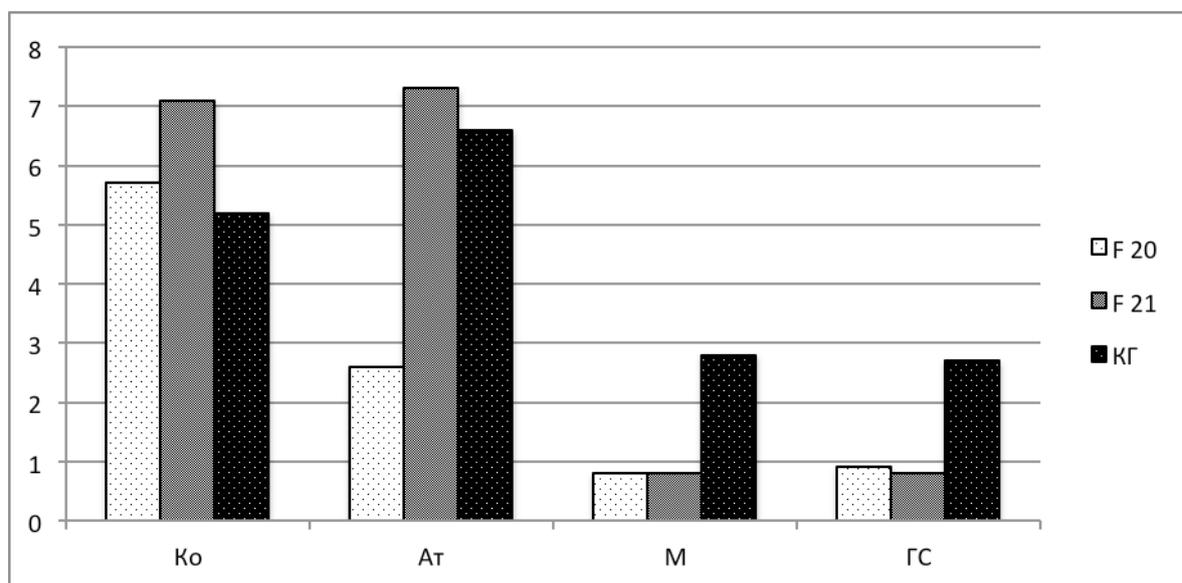
**Примечание.** Сокращения: F 20 – пациенты с диагнозом параноидная шизофрения; F 21 – шизотипическое расстройство; КГ – контрольная группа.

**Рисунок 2** – Показатели объема кратковременной памяти в сравниваемых группах.

По оси абсцисс – сравниваемые группы; по оси ординат – количество воспроизведенных единиц (слов, цифр).

На рис. 2 показано, что объем кратковременной памяти сравниваемых групп находится в пределах нормативных значений ( $7\pm 2$ ) (см.рис.2). У пациентов с параноидной шизофренией и пациентов с шизотипическим расстройством показатели объема кратковременной памяти ниже показателей контрольной группы (10 слов, 1 предъявление -  $7,9\pm 0,2$ , Повторение цифр, кол-во в прямом порядке –  $7,4\pm 0,2$ ), различия достигают уровня статистической значимости ( $p\leq 0,01$ ). Объем памяти (воспроизведение слов) пациентов с параноидной шизофренией ( $M=5,7\pm 0,2$ ) ниже, чем у пациентов шизотипическим расстройством ( $M=5,9\pm 0,2$ ). Также при воспроизведении чисел, объем кратковременной памяти у пациентов с параноидной шизофренией ( $M=6,2\pm 0,1$ ) был ниже, чем у пациентов с шизотипическим расстройством ( $M=6,5\pm 0,2$ ), но различия не достигали уровня статистической значимости ( $p> 0,05$ ). Следовательно, у пациентов с параноидной шизофренией

количество информации, которое может быть извлечено из памяти по прошествии определенного времени после момента запоминания меньше.



**Примечание.** Сокращения: F 20 – пациенты с диагнозом параноидная шизофрения; F 21 – шизотипическое расстройство; КГ – контрольная группа. Ко – конкретные образы; Ат – атрибутивные образы, М – метафорические образы; ГС – символы геометрические, графические, грамматические.

**Рисунок 3** – Показатели выполнения теста «пиктограммы» (фактор абстрактности) в сравниваемых группах.

По оси абсцисс – образы в пиктограммах; по оси ординат – количество образов.

На рис.3 показано, что показатели «метафорические образы» и «графические символы» в обеих сравниваемых группах находятся ниже показателей контрольной группы (на уровне статистической значимости  $p \leq 0,001$ ), что свидетельствует о снижении уровня абстрактности мыслительных процессов у пациентов. В сравнении с контрольной группой пациенты с параноидной шизофренией используют меньше метафорических образов, больше конкретных образов. Пациенты с шизотипическим расстройством в сравнении с контрольной группой чаще используют конкретные, атрибутивные.

Пациенты с параноидной шизофренией, по сравнению с пациентами шизотипическим расстройством в пиктограммах чаще используют графическую символику ( $M=0,9 \pm 0,2$  и  $M=0,8 \pm 0,2$  соответственно), меньше используют конкретные образы ( $M=5,7 \pm 0,6$  и  $M=7,1 \pm 0,5$  соответственно), атрибутивные образы ( $M=2,6 \pm 0,5$  и  $M=7,3 \pm 0,4$  соответственно). Различия в результатах между параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством не достигали уровня статистической значимости ( $p > 0,05$ ).

Результаты выполнения методик показали что, у пациентов с параноидной шизофренией, по сравнению с пациентами с шизотипическим расстройством, менее сохранены: зрительная память, зрительно-пространственные, зрительно-конструктивные способности, обеспечивающие планирование деятельности,

показатели пространственного мышления, требующие хорошего развития пространственного анализа и синтеза, снижена семантическая память.

**В параграфе 3.2.** «Взаимосвязь психопатологической симптоматики (клинических показателей) и когнитивного дефицита у пациентов шизофренического спектра» описываются средние показатели клинических характеристик в сравниваемых группах. Только по 5 показателям были выявлены различия в сравниваемых группах: эмоциональная отгороженность (параноидная шизофрения, средний ранг - 36,7, шизотипическое расстройство, средний ранг - 24,3,  $p \leq 0,01$ ), концептуальная дезорганизация (параноидная шизофрения, средний ранг - 36,9, шизотипическое расстройство, средний ранг - 24,1,  $p \leq 0,01$ ), подозрительность (параноидная шизофрения, средний ранг - 40,9, шизотипическое расстройство, средний ранг - 20,8,  $p \leq 0,001$ ), галлюцинации (параноидная шизофрения, средний ранг - 34,3, шизотипическое расстройство, средний ранг - 26,3,  $p \leq 0,05$ ), необычные мысли (параноидная шизофрения, средний ранг - 35,4, шизотипическое расстройство, средний ранг - 25,5,  $p \leq 0,05$ ). Показано, что у пациентов с параноидной шизофренией больше выражен недостаток контактности (взаимодействия) с врачом, снижен интерес к беседе; более выражены нарушения мышления (спутанность, разорванность); более выражена подозрительность, галлюцинаторные переживания, чаще встречаются необычные, странные, причудливые мысли. Полученные результаты соответствуют более тяжелой клинической картине по своим проявлениям параноидной шизофрении, и более мягком течении шизотипического расстройства.

С целью изучения взаимосвязи между различными параметрами когнитивных дефицита и тяжестью негативной клинической симптоматики у пациентов с расстройствами шизофренического спектра (параноидная шизофрения и шизотипическое расстройство) использовалась процедура корреляционного анализа. У пациентов с параноидной шизофренией, наибольшие взаимосвязи обнаруживаются между общими психопатологическими симптомами (напряженность, чувство вины, манерность и поза, моторная заторможенность, необычные мысли, дезориентация) и параметрами когнитивного дефицита: вниманием (темп,  $r=0,5$ ,  $p \leq 0,05$ ; переключаемость,  $r=-0,4$ ,  $p \leq 0,05$ ; концентрация,  $r=-0,4$ ,  $p \leq 0,05$ ), памятью (динамика запоминания  $r=0,5$ ,  $p \leq 0,01$ ; семантическая память  $r=0,5$ ,  $p \leq 0,05$ ), зрительно-моторной-координацией ( $r=0,4$ ,  $p \leq 0,05$ ), и мышлением (скорость протекания,  $r=0,6$ ,  $p \leq 0,05$  и уровень мыслительных операций,  $r=0,5$ ,  $p \leq 0,05$ ). У пациентов с шизотипическим расстройством, наибольшая взаимосвязь обнаруживается между позитивными психопатологическими симптомами (концептуальная дезорганизация, идеи величия, враждебность, подозрительность, галлюцинации) и параметрами когнитивного дефицита: вниманием (темп,  $r=0,4$ ,  $p \leq 0,05$ ; переключаемость,  $r=0,4$ ,  $p \leq 0,05$ ; концентрация,  $r=0,4$ ,  $p \leq 0,05$ ), памятью (динамика запоминания,  $r=-0,5$ ,  $p \leq 0,01$ ), зрительно-моторной-координацией ( $r=-0,4$ ,  $p \leq 0,05$ ) и мышлением (уровень абстрактности,  $r=0,4$ ,  $p \leq 0,05$ ).

**В параграфе 3.3.** «Взаимосвязь показателей социального функционирования и когнитивного дефицита у пациентов с расстройствами шизофренического спектра» представлены результаты сопоставления показателей социального функционирования у пациентов сравниваемых групп. В целом, пациенты с параноидной шизофренией, только по некоторым показателям социального

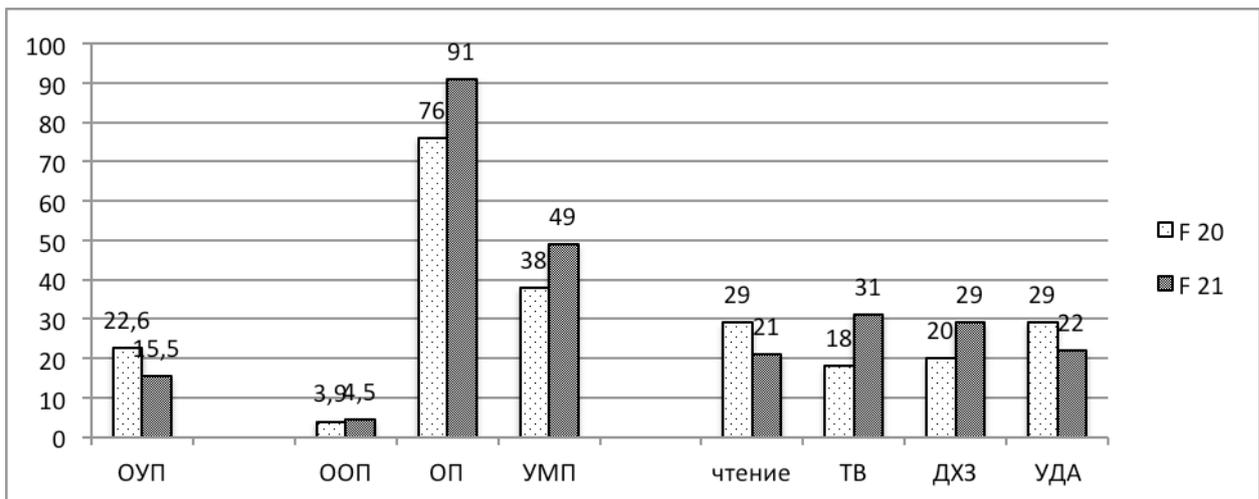
функционирования и качества жизни отличаются от пациентов с шизотипическим расстройством: удовлетворенность своим психическим состоянием (параноидная шизофрения, средний ранг - 39,2, шизотипическое расстройство, средний ранг - 29,2,  $p \leq 0,05$ ); просмотр телепередач (параноидная шизофрения, средний ранг - 28,4, шизотипическое расстройство, средний ранг - 41,4,  $p \leq 0,05$ ); удовлетворенность отсутствием семьи (параноидная шизофрения, средний ранг - 29,7, шизотипическое расстройство, средний ранг - 39,9,  $p \leq 0,05$ ).

Исследование взаимосвязи социальных и когнитивных параметров в группе пациентов с параноидной шизофренией обнаруживает, что высокая активность внимания (ТМТ, часть А, сек) взаимосвязана с низкой удовлетворенностью семейным образом жизни ( $r = -0,5$ ,  $p \leq 0,001$ ), низкой удовлетворенностью интеллектуальной продуктивности ( $r = 0,4$ ,  $p \leq 0,05$ ); высокая динамика запоминания (10 слов) взаимосвязана с небольшим количеством часов просмотра телепередач ( $r = 0,5$ ,  $p \leq 0,01$ ) и уменьшение общения со знакомыми и друзьями ( $r = 0,5$ ,  $p \leq 0,001$ ); высокая скорость зрительно-моторной координации (Шифровка, шкальная оценка) взаимосвязана с увеличением частоты чтения ( $r = -0,5$ ,  $p \leq 0,001$ ), увеличением частоты посещения музеев, театров, магазинов ( $r = -0,4$ ,  $p \leq 0,01$ ); высокий уровень абстрактно-логического мышления (Сходства, шкальная оценка) взаимосвязан с подчиняемым пациентами положением в семье ( $r = -0,8$ ,  $p \leq 0,05$ ).

Исследование взаимосвязи социальных и когнитивных параметров в группе пациентов с шизотипическим расстройством обнаруживает, что активность внимания (ТМТ, часть А, сек) взаимосвязана с низкой потребностью иметь друзей ( $r = 0,5$ ,  $p \leq 0,001$ ); высокая динамика запоминания (10 слов) взаимосвязана с удовлетворенностью широтой круга общения ( $r = 0,4$ ,  $p \leq 0,05$ ) и увеличением ощущения благополучия ( $r = 0,4$ ,  $p \leq 0,05$ ), увеличением удовлетворенности своим психическим состоянием ( $r = 0,5$ ,  $p \leq 0,05$ ); высокая скорость зрительно-моторной координации (Шифровка, шкальная оценка) взаимосвязана с увеличением удовлетворенностью отсутствием семьи ( $r = 0,7$ ,  $p \leq 0,05$ ); выраженные нарушения мышления (Исключение предметов, количество искажения) взаимосвязаны с высокой удовлетворенностью собственной интеллектуальной продуктивностью ( $r = 0,4$ ,  $p \leq 0,05$ ) и широтой круга общения ( $r = 0,4$ ,  $p \leq 0,05$ ).

Прослеживается неадекватная субъективная оценка пациентами своей социальной продуктивности и объективными данными.

**В параграфе 3.4.** «Динамика когнитивных, социальных и клинических показателей пациентов с расстройствами шизофренического спектра» представлены результаты исследования средних значений когнитивных, социальных и клинических показателей у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством в зависимости от длительности заболевания. Был проведен сравнительный анализ этих показателей в 2 подгруппах: 1 - пациенты с длительностью заболевания до 5 лет (первый эпизод) и 2 - пациенты, болеющих более 5 лет (6-10 лет).



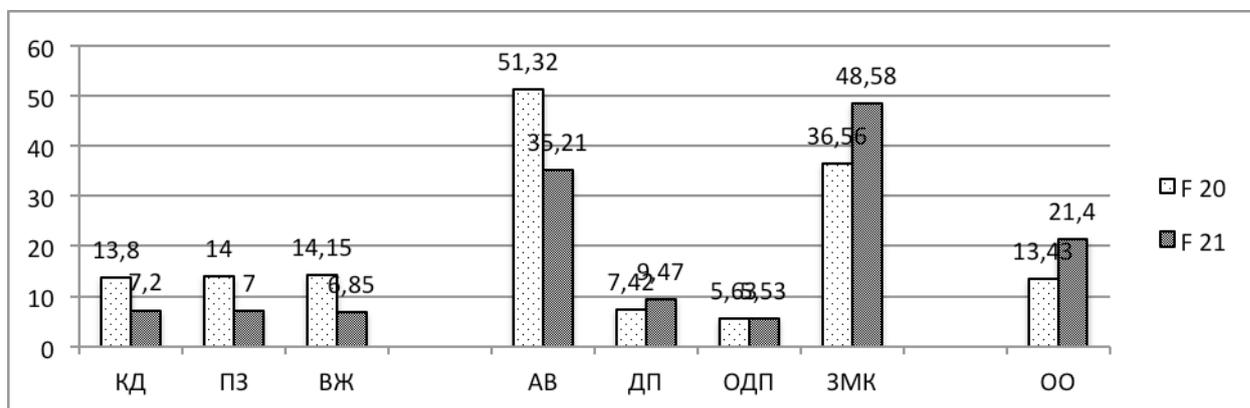
**Примечание.** Сокращения: F 20 – пациенты с диагнозом параноидная шизофрения; F 21 – шизотипическое расстройство; ОПС – общий уровень психопатологической симптоматики (BPRS, средний ранг), ООП – объем оперативной памяти (Повторение цифр, количество цифр в обратном порядке), ОП – опосредованная память (пиктограммы, отсроченное воспроизведение), УМП – уровень мыслительных процессов (Равен, количество правильных ответов во всех сериях); чтение – частота чтения (средний ранг), ТВ – частота просмотра телепередач (средний ранг), ДХЗ – самостоятельность в домашнем хозяйстве (средний ранг), УДА (удовлетворенность дневной активностью (средний ранг)).

**Рисунок 4** – Средние показатели когнитивных, социальных, клинических характеристик в сравниваемых группах (первый эпизод, длительность заболевания до 5 лет).

По оси абсцисс – показатели когнитивных, социальных, клинических характеристик; по оси ординат – количество баллов.

В рис.4 показано, что в подгруппах пациентов с первым психотическим эпизодом пациенты с параноидной шизофренией уже на начальном этапе заболевания отличаются в некоторых показателях от пациентов с шизотипическим расстройством. Пациенты с параноидной шизофренией на фоне общего более высокого уровня психопатологической симптоматики ((в группе пациентов с параноидной шизофренией, средний ранг - 22,6, в группе пациентов с шизотипическим расстройством, средний ранг - 15,6,  $p \leq 0,05$ ) показывают более выраженный когнитивный дефицит, а именно: снижение местных процессов (оперативной (в группе пациентов с параноидной шизофренией  $M=3,9 \pm 0,2$ , в группе пациентов с шизотипическим расстройством  $M=4,5 \pm 0,2$ ,  $p \leq 0,05$ ), опосредованной (в группе пациентов с параноидной шизофренией  $M=76,6 \pm 4,8$ , в группе пациентов с шизотипическим расстройством  $M=91,0 \pm 1,9$ ,  $p \leq 0,01$ ) памяти), снижение уровня мыслительных процессов (в группе пациентов с параноидной шизофренией  $M=38,1 \pm 3,1$ , в группе пациентов с шизотипическим расстройством  $M=49,3 \pm 1,2$ ,  $p \leq 0,001$ ). Кроме того, пациенты с параноидной шизофренией в большей степени удовлетворены собственной дневной активностью (в группе пациентов с параноидной шизофренией, средний ранг - 29,3, в группе пациентов с шизотипическим расстройством, средний ранг - 21,5,  $p \leq 0,05$ ), хотя это отличается от объективных параметров (меньше занимаются домашним хозяйством (в группе пациентов с параноидной шизофренией, средний ранг - 20,2, в группе пациентов с шизотипическим расстройством, средний ранг - 28,9,  $p \leq 0,01$ )), меньше смотрят

телевизор (в группе пациентов с параноидной шизофренией, средний ранг - 18,2, в группе пациентов с шизотипическим расстройством, средний ранг - 30,5,  $p \leq 0,05$ ), но чаще читают (в группе пациентов с параноидной шизофренией, средний ранг - 29,6, в группе пациентов с шизотипическим расстройством, средний ранг - 21,2,  $p \leq 0,05$ ).



**Примечание.** Сокращения: F 20 – пациенты с диагнозом параноидная шизофрения; F 21 – шизотипическое расстройство; КД – концептуальная (BPRS, средний ранг), ПЗ – подозрительность (BPRS, средний ранг), ВЖ – возбуждение (BPRS, средний ранг); АВ – активность внимания (ТМТ, часть А, время выполнения (сек)), ДП – динамика мнестических процессов (10 слов), ОДП – объем долговременной памяти (10 слов, отсроченное воспроизведение), ЗМК – зрительно-моторная координация (Шифровка, количество символов); ОО – отношение с окружающими (средний ранг).

**Рисунок 5** – Средние показатели когнитивных, социальных, клинических характеристик в сравниваемых группах (длительность заболевания более 5 лет).

По оси абсцисс – показатели когнитивных, социальных, клинических характеристик; по оси ординат – количество баллов.

На рис.5 показано, что в подгруппах пациентов, болеющих более 5 лет (6-10), было обнаружено, что пациенты с параноидной шизофренией отличаются в некоторых показателях от пациентов с шизотипическим расстройством. Пациенты с параноидной шизофренией на фоне более высокого уровня позитивной психопатологической симптоматики (подозрительность (в группе пациентов с параноидной шизофренией, средний ранг - 14,0, в группе пациентов с шизотипическим расстройством, средний ранг - 7,0,  $p \leq 0,01$ ), возбуждение (в группе пациентов с параноидной шизофренией, средний ранг - 14,2, в группе пациентов с шизотипическим расстройством, средний ранг - 6,9,  $p \leq 0,05$ ), концептуальная дезорганизация (в группе пациентов с параноидной шизофренией, средний ранг - 13,8, в группе пациентов с шизотипическим расстройством, средний ранг - 7,2,  $p \leq 0,01$ )) показывают более выраженный когнитивный дефицит, который проявляется в более выраженном снижении аттентивных процессов (снижение привольного (активного) внимания (ТМТ, Часть А, сек) в группе пациентов с параноидной шизофренией  $M=51,3 \pm 3,2$ , в группе пациентов с шизотипическим расстройством  $M=35,2 \pm 3,9$ ,  $p \leq 0,05$ ), динамики мнестических процессов (10 слов, в группе пациентов с параноидной шизофренией  $M=7,4 \pm 0,4$ , в группе пациентов с шизотипическим расстройством  $M=9,5 \pm 0,2$ ,  $p \leq 0,001$ )); ухудшение отношений (взаимодействие носит более конфликтный характер) с окружающими (в группе

пациентов с параноидной шизофренией, средний ранг - 13,4, в группе пациентов с шизотипическим расстройством, средний ранг - 21,4,  $p \leq 0,05$ ).

Анализ группы пациентов с параноидной шизофренией, болеющих более 5 лет, по сравнению с первым эпизодом, показал, что на фоне повышения позитивной симптоматики (увеличение концептуальной дезорганизация (средний ранг до 5 лет – 10,5, более 5 лет – 16,8,  $p \leq 0,05$ ), усиления возбудимости (средний ранг до 5 лет – 10,4, более 5 лет – 16,9,  $p \leq 0,05$ ) увеличивается когнитивный дефицит, а именно: значительно снижаются функции активного внимания (ТМТ, часть А, сек), до 5 лет  $M=35,4 \pm 2,9$ , более 5 лет –  $M=51,3 \pm 5,2$ ,  $p \leq 0,05$ ) и динамики мнестической деятельности (10 слов, до 5 лет  $M=7,3 \pm 0,5$ , более 5 лет –  $M=5,6 \pm 0,6$ ,  $p \leq 0,05$ ), при этом возрастает неудовлетворенность семейным образом жизни (средний ранг до 5 лет -18,6, более 5 лет –12,0,  $p \leq 0,05$ ).

Анализ группы пациентов с шизотипическим расстройством, болеющих более 5 лет, по сравнению с первым эпизодом, показал, что фоне нарастания негативной симптоматики, эмоциональной обедненности (усиливаются моторная заторможенность (снижение уровня энергичности), средний ранг до 5 лет – 14,0, более 5 лет – 20,2), и притупление аффекта (снижение эмоциональности, отсутствие естественных эмоциональных переживаний, чувства участия), средний ранг до 5 лет – 13,8, более 5 лет – 20,6) изменения когнитивного дефицита отмечаются только в мыслительных процессах (повышается эгоцентричность (пиктограммы, индивидуально значимые образы, до 5 лет  $M=0,2 \pm 0,1$ , более 5 лет –  $M=0,7 \pm 0,3$ ,  $p \leq 0,05$ ) и абстрактность мышления (пиктограммы, метафорические образы, до 5 лет  $M=0,5 \pm 0,2$ , более 5 лет –  $M=0,8 \pm 0,3$ ,  $p \leq 0,05$ )). При этом, возрастает неудовлетворенность своей физической работоспособностью (средний ранг до 5 лет – 20,7, более 5 лет – 14,5).

Общий показатель выраженности психопатологической симптоматики, в обеих сравниваемых группах (до 5 лет и более 5 лет) не достигал уровня статистической значимости.

**В параграфе 3.5.** «Сопоставление результатов выполнения традиционных патопсихологических методик и малоиспользуемых психометрических тестов при исследовании когнитивного дефицита у пациентов с расстройствами шизофренического спектра» представлены результаты сопоставления показателей традиционных отечественных патопсихологических методов и малоиспользуемых зарубежных психометрических тестовых, количественных и качественных методов, использующихся для исследования когнитивного дефицита у пациентов (в сравнении с контрольной группой).

Исследование показало, что понятийное мышление и семантическая память, на изучение которых направлена методика «Беглость речевых ответов (сумма категорий)» связаны:

- у пациентов с параноидной шизофренией с характеристиками аттензивной деятельности (переключаемость внимания ( $r=-0,3$ ,  $p \leq 0,01$ ) и характеристиками мнестической деятельности (объем кратковременной памяти,  $r=0,3$ ,  $p \leq 0,01$ ), эффективность долговременной памяти ( $r=0,4$ ,  $p \leq 0,001$ )) и уровнем абстрактно-логического мышления ( $r=0,4$ ,  $p \leq 0,05$ );

- у пациентов с шизотипическим расстройством с аттензивной деятельностью (переключаемость внимания ( $r=-0,3$ ,  $p \leq 0,05$ ), темп ( $r=-0,4$ ,  $p \leq 0,01$ )), мнестической

деятельностью (динамика запоминания ( $r=0,4$ ,  $p\leq 0,05$ ), опосредованная память ( $r=0,3$ ,  $p\leq 0,05$ ), зрительно-моторной координацией ( $r=0,4$ ,  $p\leq 0,01$ );

- в контрольной группе с показателями произвольного (активного) внимания ( $r=-0,4$ ,  $p\leq 0,05$ ); мнестической деятельностью (объем кратковременной памяти,  $r=0,5$ ,  $p\leq 0,01$ ) и оперативной памяти ( $r=0,5$ ,  $p\leq 0,01$ ), опосредованная память ( $r=0,5$ ,  $p\leq 0,05$ ), динамические характеристики запоминания ( $r=0,4$ ,  $p\leq 0,05$ ) и, уровнем обобщения и абстрактно-логического мышления ( $r=0,6$ ,  $p\leq 0,001$ ).

Это свидетельствует о том, что понятийное мышление (вербальное абстрактное мышление) взаимосвязано с разными параметрами познавательной деятельности, что может свидетельствовать об отсутствии специфичности данного параметра. Данная методика чувствительна к различным когнитивным нарушениям.

Исследование показало, что для эффективного выполнения данной части теста необходимы высокие показатели аттентивной деятельности, мнестической деятельности и высокий уровень абстрактно-логического мышления.

**В параграфе 3.6.** «Структура когнитивного дефицита у пациентов с расстройствами шизофренического спектра» представлены результаты факторного анализа, которые позволили установить и содержательно описать структуру когнитивного дефицита. В итоге, можно выделить основные компоненты, формирующие когнитивный дефицит у пациентов с параноидной шизофренией: I компонент связан с уровнем интеллекта, способностью к абстрактно-логическому мышлению и переключаемостью внимания; II – связан с нарушениями внимания (дезорганизацией когнитивного контроля); III – с мнестической деятельностью; IV – с психической активностью и регуляцией деятельности; V – с оперативной (рабочей) памятью; VI – с уровнем работоспособности и истощаемостью психической деятельности.

Основные компоненты, формирующие когнитивный дефицит у пациентов с шизотипическим расстройством: I компонент связан с уровнем произвольного (активного) внимания; II – управляющими (регуляторными) функциями, критичностью мышления и памятью; III – с интеллектом; IV – с конструктивным праксисом, пространственным мышлением, уровнем зрительно-моторной координации; V – с оперативной (рабочей) памятью; VI – с нарушениями (искажениями) мышления.

**В параграфе 3.7.** «Кластерный анализ когнитивных показателей у пациентов с расстройствами шизофренического спектра» представлены результаты кластерного анализа, на основе которого были выделены варианты когнитивного дефицита отдельно в группе пациентов с параноидной шизофренией и в группе пациентов с шизотипическим расстройством, обусловленные различными клиническими характеристиками (возраст начала и длительность заболевания, выраженность психопатологической симптоматики).

Для пациентов с параноидной шизофренией характерно три основных варианта когнитивного дефицита в зависимости от клинических параметров течения заболевания:

- длительное течение заболевания, сопровождающееся средним уровнем выраженности психопатологической симптоматики, формирует когнитивный

дефицит с преобладанием нарушений внимания и зрительно-пространственных функций;

- позднее начало заболевания и невыраженная клиническая (психопатологическая) симптоматика сопровождаются когнитивным дефицитом, где преобладают нарушения мнестических функций;

- 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.

Для пациентов с шизотипическим расстройством, характерно два основных варианта когнитивного дефицита в зависимости от клинических параметров заболевания:

- раннее начало заболевания, сопровождается высокими показателями внимания, большим объемом памяти, скорости и качества выполнения заданий, сохранным понятийным мышлением, высоким уровнем динамического синтеза, при этом в мышлении присутствуют искажения;

- выраженность психопатологических симптомов, сниженные показатели внимания и уровня работоспособности, снижение понятийного мышления, при этом в мышлении присутствуют снижение уровня абстрагирования.

**В главе «Обсуждение результатов»** представлено обсуждение полученных в диссертационном исследовании данных в контексте современных мировых научных исследований в области когнитивного дефицита. В частности, полученные результаты подтверждают данные представителей отечественной патопсихологической школы о том, что количественные изменения в когнитивных процессах (отсутствие значимых количественных снижений) в меньшей степени характеризуют пациентов с параноидной шизофренией, чем качественные изменения (Зейгарник Б.В., Поляков Ю.Ф.), что обосновывает уникальную ценность качественного анализа мышления при исследовании когнитивных процессов у данной группы пациентов.

**В заключении** представлено обобщение полученных результатов проведенного исследования.

## **ВЫВОДЫ**

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы:

1. Структура когнитивного дефицита при параноидной шизофрении включает: нормативные показатели уровня работоспособности, объема кратковременной памяти, эффективности долговременной памяти, пространственного мышления, уровня невербального интеллекта; легкая степень снижения концентрации внимания, оперативной памяти, опосредованного запоминания, семантической памяти, динамики мнестической деятельности, уровня обобщения, уровня абстрактно-логического вербального мышления; выраженное снижение переключаемости внимания, согласованности деятельности зрительного и двигательного

анализаторов, искажения процесса обобщения, эмоциональной обедненности мышления.

**2.** Структура когнитивного дефицита при шизотипическом расстройстве включает: нормативные показатели темпа умственной работоспособности, концентрации, функции активного внимания, объема кратковременной и долговременной памяти, а также оперативной памяти, опосредованного запоминания, динамики мнестической деятельности, пространственного мышления, конструктивного праксиса, невербального интеллекта; легкая степень снижения переключаемости внимания, семантической памяти, согласованности одновременной деятельности зрительного и двигательного анализаторов, уровня обобщения, уровня абстрактно-логического вербального мышления; выраженное снижение искажения процесса обобщения, эмоциональной обедненности мышления.

**3.** Для пациентов с параноидной шизофренией, характерно три основных варианта когнитивного снижения, обусловленные клиническими характеристиками заболевания: 1) длительное течение заболевания, средний уровень выраженности психопатологической симптоматики, преобладание нарушений внимания и зрительно-пространственных функций; 2) позднее начало заболевания и невыраженная клиническая (психопатологическая) симптоматика, преобладают нарушения мнестических функций; 3) острое начало заболевания (выраженная психопатологическая симптоматика) в раннем возрасте, на начальном этапе («первый эпизод») заболевания когнитивный дефицит еще не сформирован.

**4.** Для пациентов с шизотипическим расстройством, характерно два основных варианта когнитивного дефицита, обусловленные клиническими характеристиками заболевания: 1) раннее начало заболевания, нормативные показатели внимания и памяти, скорости и качества выполнения заданий, искажения мышления при высоком уровне абстрагирования и динамического синтеза; 2) выраженность психопатологических симптомов, снижены показатели внимания, уровня работоспособности, снижение понятийного мышления и уровня абстрагирования.

**5.** Самооценка своего социального функционирования у пациентов с расстройствами шизофренического спектра взаимосвязана с сохранной функцией активного внимания, являющегося одним из компонентов произвольной регуляции психической деятельности индивида.

**6.** У пациентов с параноидной шизофренией начиная с первого психотического эпизода и на всем протяжении заболевания, на фоне более высокого общего уровня психопатологической симптоматики обнаруживается больший когнитивный дефицит, по сравнению с пациентами с шизотипическим расстройством, который проявляется в более выраженном снижении аттентивных и мнестических процессов, огрублении мыслительного процесса (снижение уровня обобщения), общей продуктивности психической деятельности.

7. С увеличением длительности заболевания у пациентов с шизотипическим расстройством нарастает негативная симптоматика, усиливается эмоциональная обедненность, изменения когнитивного дефицита отмечаются только в мыслительных процессах (повышается эгоцентричность и абстрактность мышления).

8. Сопоставимыми по своей диагностической направленности методиками в патопсихологическом исследовании пациентов шизофренического спектра можно считать: при исследовании внимания - таблицы Шульте и методика ТМТ. Психометрические тесты «Сложная фигура Рея-Остерица» и «Беглость речевых ответов» при исследовании пациентов с расстройствами шизофренического спектра мало чувствительны к выявлению нарушений отдельных когнитивных функций, они отражают интегральный показатель общей продуктивности психических процессов.

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Лебедева Г.Г. Мышление при параноидной шизофрении и шизотипическом расстройстве: сравнительное исследование // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2015. Т. 8, № 2. – С. 34-42.

2. Лебедева Г.Г., Исаева Е.Р. Варианты когнитивного дефицита в зависимости от клинических характеристик заболевания у пациентов с параноидной шизофренией // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, 2015. Т. 22, № 1, С. 51-54.

3. Степанова А.В., Исаева Е.Р., Коцюбинский А.П., Лебедева Г.Г. Сравнительный анализ когнитивных дисфункций у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2014. – № 4. – С. 62-67.

4. Ершов Б.Б., Лебедева Г.Г., Тагильцева А.В. Структура и методы оценки когнитивного дефицита при шизофрении: нейропсихологический подход (обзор литературы) // Вестник СПбГУ, 2014, С. 79-89.

5. Лебедева Г.Г., Исаева Е.Р., Степанова А.В. Когнитивный дефицит при параноидной шизофрении и шизотипическом расстройстве: сравнительное исследование когнитивных нарушений // Вестник ТГПУ, Раздел «Психология». Вып. № 5 (133), 2013. – Томск: Изд-во ТГПУ, 2013. – С. 155-160.

6. Лебедева Г.Г. Типы когнитивного дефицита у пациентов с шизотипическим расстройством // Актуальные проблемы современной неврологии и психиатрии: [электронный ресурс] сб. ст. и тез. Всерос. науч.-практ. конф., посвящ. 155-летию кафедры нервных и душевных болезней Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова, СПб., 20-21 ноября 2015 г. / под ред. И.В. Литвиненко, В.К. Шамрея. – СПб.: Альта Астра, 2015. – 430 с.

7. Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. Специфика когнитивного дефицита в зависимости от клинических характеристик заболевания пациентов // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. – СПб.: Альта Астра, 2015. – 294 с.

8. Лебедева Г.Г. Типы когнитивного дефицита у пациентов с параноидной шизофренией//XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. – СПб.: Альта Астра, 2015. – 305 с.

9. Степанова А.В., Коцюбинский А.П., Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. Анализ когнитивных дисфункций у пациентов с параноидной шизофренией в зависимости от выраженности психопатологической симптоматики // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. – СПб.: Альта Астра, 2015. – 330 с.

10. Лебедева Г.Г. Изучение социального функционирования больных шизофренией // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. – СПб.: Альта Астра, 2015. – 765 с.

11. Лебедева Г.Г. Варианты когнитивного дефицита в сравнении с клиническими характеристиками у пациентов с шизотипическим расстройством // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Биопсихосоциальный подход к проблеме нейрореабилитации», 2015. - 106 с.

12. Лебедева Г.Г. Варианты когнитивного дефицита в сравнении с клиническими характеристиками у пациентов с параноидной шизофренией // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2015» / Отв. ред. А.И. Андреев, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов. [Электронный ресурс]. - М.: МАКС Пресс, 2015.

13. Лебедева Г.Г. Нейрокогнитивный дефицит у пациентов с параноидной шизофренией// научно-практическая конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Б. А. Лебедева «Научное наследие профессора Б. А. Лебедева», Санкт-Петербург, 15-16 апреля 2015 года , тезисы / Под редакцией Н. Г. Незнанова, Н. Н. Петровой. – СПб, 2015. – 252 с.

14. Лебедева Г.Г. Психотерапевтическая работа в геронтопсихиатрическом отделении психиатрического стационара // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием ”Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?” Тезисы (часть 2).,Под общей редакцией Н.Г. Незнанова, 14-17 мая 2014 года, Санкт-Петербург, - 890 с. С. 739-740.

15. Лебедева Г.Г. Когнитивные, социальные и клинические характеристики пациентов шизофренического спектра // актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии. сборник статей и тезисов всероссийской научно-практической конференции, посвященной 80-летию со дня рождения профессора В.К. Смирнова, Санкт-Петербург, 29 ноября, 2013 г. / Под общей редакцией В.К. Шамрея. – СПб.: Изд-во Виктория плюс, 2013. – 362 с. С. 318-321.

16. Лебедева Г.Г. Когнитивный дефицит при первом психотическом эпизоде // Ананьевские чтения – 2013. Психология в здравоохранении: Материалы научной конференции, 22-24 октября 2013 г. / Отв. ред. О.Ю. Щелкова. - СПб.: Скифия-принт. - 598 с. С. 47-48.

17. Лебедева Г.Г. Когнитивные характеристики пациентов и качество жизни при параноидной шизофрении // психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. - СПб.: Изд-во «Таро», 2013. – 276 с. С.144-148.

18. Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. Когнитивные характеристики пациентов при первом психотическом эпизоде // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии, 19-21 сентября 2013 года, г. Самара, тезисы конференции / под редакцией проф. Н.Г. Незнанова, проф. В.Н. Краснова; – Самара. 2013. – 454 с. С. 10-11.

19. Лебедева Г.Г. Когнитивные и социальные характеристики пациентов шизофренического спектра // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии, 19-21 сентября 2013 года, г. Самара, тезисы конференции / под редакцией проф. Н.Г. Незнанова, проф. В.Н. Краснова. Самара, 2013. – 454 с., С. 13-14.

20. Лебедева Г.Г. Клинические и когнитивные характеристики пациентов шизофренического спектра // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2013» / Отв. ред. А.И. Андреев, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов, М.В. Чистякова. [Электронный ресурс]. – М., 2013.

21. Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. Расстройства шизофренического спектра: специфика нейрокогнитивного дефицита при разных формах шизофрении // Сборник материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф. Полякова), состоявшейся 14-15 февраля 2013 г. в ГОУ ВПО «МГППУ» и ФГБУ «НЦПЗ» РАМН» / под общей ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Роциной. – Москва, 2013. – 197 с., С. 61-62.

22. Лебедева Г.Г. Когнитивный дефицит у пациентов с расстройствами шизофренического круга // Психология XXI века: Материалы международной научно-практической конференции молодых ученых «Психология XXI века» 26-28 апреля 2012 года, Санкт-Петербург / Под науч. ред. Р.А. Березовской – СПб: Издат-во С.-Петербур. ун-та, 2012. – 484 с., С. 151.

23. Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. Современные подходы и методы коррекции нарушений когнитивного и социального функционирования больных шизофренией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. № 1. 2008, С. 4-8.

24. Лебедева Г.Г. Тренинг когнитивных и социальных навыков в отделении первого психотического эпизода // актуальные проблемы психиатрии, психотерапии медицинской психологии. Сборник научных материалов конференции «Психиатрия глазами молодых ученых». Тула 2008 - Москва, 2008., С. 314-317.

25. Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. Когнитивно-социальное функционирование больных шизофренией: современные исследования и методы коррекции // «Что нового в современной психиатрии и психотерапии? Креативные аспекты в современном лечении», «Психоневрология в современном мире»: материалы / под ред. Проф. Незнанова Н.Г.; ФГУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева Росздрава».- СПб.: Изд-во «Человек и здоровье», 2007. - 300 с. С. 211-212.