

Б. Б. Ершов

ПОКАЗАТЕЛИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Одной из основных и, пожалуй, наиболее трудных задач в практике психолога психоневрологической клиники является психологическое обследование с целью дифференциальной диагностики органических и шизофренических расстройств. Важность своевременного и корректного диагноза для эффективного лечения и последующей реабилитации пациента трудно переоценить, и поэтому квалифицированная диагностическая работа психолога востребована в этом случае как никогда.

Разработанные и апробированные в отечественной науке психодиагностические методы [1–2], ориентированные, главным образом, на качественный анализ процесса решения заданий, предоставляют необходимый для диагностики материал. Однако не так уж и редко выводы, основанные на таком подходе, представляются не достаточно убедительными. Применение стандартизированных методов оценки познавательной деятельности в сочетании с традиционными патопсихологическими методиками может повысить надежность полученных данных.

Поскольку психологические исследования показали, что нарушения познавательной деятельности при шизофрении происходят на всех ее уровнях [3], возможно, использование комплексных когнитивных заданий может быть более полезным в сложных диагностических случаях, чем опора на сравнительно простые тестовые задачи или функциональные психодиагностические пробы.

В связи с вышеперечисленным была поставлена задача оценки дифференциально-диагностического значения показателей интеллектуальной деятельности больных шизофренией и органическими психическими расстройствами.

В процессе сбора данных 149 пациентам с психическими расстройствами и 42 психически здоровым испытуемым в возрастном диапазоне от 21 до 50 лет со средним и высшим образованием было предложено выполнить задания широко применяемой в клинической психологии стандартизированной шкалы оценки интеллекта взрослых Векслера [4]. Данная методика включает в себя 11 субтестов, результаты выполнения которых позволяют рассчитать также обобщенные показатели (показатели общего, а также вербального и невербального интеллекта).

В исследуемую выборку вошли следующие нозологические группы испытуемых с установленным психиатрическим диагнозом в соответствии с критериями МКБ–10: 43 больных с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0), 36 пациентов с шизоаффективным расстройством (F25), 23 больных с диагнозом шизотипическое расстройство (F21), 47 испытуемых с органическим психическим расстройством (F06 — другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо вследствие физической болезни; F07 — расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга).

Контрольную (пятую) группу составили 42 психически здоровых пациента, страдающих хроническими соматическими заболеваниями. Главным критерием отбора испытуемых в эту группу были хронически протекающие соматические прогрессирующие заболевания, характеризующиеся периодическими обострениями, с чем связана необходимость регулярного стационарного обследования, лечения и постоянного диспансерного наблюдения: ожирение алиментарно-конституционального генеза 2–3-й степени, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, гипертоническая болезнь 1–2-й стадий, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 1-го типа. Выделение данной группы пациентов в качестве контрольной продиктовано необходимостью учета влияния психологических и социальных последствий хронического заболевания на когнитивное функционирование испытуемых.

Выборка была нормирована по возрасту, полу, уровню образования. Все испытуемые во время обследования находились в состоянии устойчивой лекарственной ремиссии и добровольно выказали желание участвовать в исследовании.

Поскольку полученные данные в основном не соответствовали критериям нормального распределения, для описания центральных тенденций, помимо традиционных показателей (арифметическое среднее (M) и величина стандартного отклонения (σ)), был использован показатель медианы (Md), а также медианные критерии различия (критерий Манна—Уитни для двух независимых групп). Данные описательной статистики представлены в табл. 1–5.

Результаты исследования

Пациенты с расстройствами шизофренического спектра (параноидная шизофрения, шизоаффективное и шизотипическое расстройства) по показателю общего интеллекта демонстрировали (см. табл. 1) в основном средние оценки ($94,00 \leq Md \leq 99,00$). У пациентов с органическими психическими расстройствами снижение продуктивности интеллектуальной деятельности было выражено более отчетливо ($Md = 90,00$), чем у испытуемых этой нозологической группы, и отличалось от данного показателя больных шизофренией ($p < 0,05$). Испытуемые контрольной группы достоверно ($p < 0,01$) превосходили по этому показателю всех остальных испытуемых.

Таблица 1. Описательная статистика обобщенных показателей интеллекта

Диагноз	Вербальный интеллект			Невербальный интеллект			Общий интеллект		
	M	Md	σ	M	Md	σ	M	Md	σ
Параноидная шизофрения	99,87	100,0	11,22	84,77	83,00	12,29	92,71	95,00	10,50
Шизоаффективное расстройство	101,43	102,50	13,80	86,93	86,00	13,10	96,07	99,00	12,74
Шизотипическое расстройство	101,32	102,5	13,62	95,48	94,00	6,60	95,60	94,00	13,20
Органические психические расстройства	93,38	94,00	12,10	84,37	81,00	15,55	86,34	90,00	10,09
Контрольная группа	113,74	114,00	9,85	106,1	108,0	10,84	110,6	111,0	10,64

По показателю вербального интеллекта пациенты группы шизофренических расстройств имели средние, а иногда даже выше среднего значения ($100,00 \leq Md$), тогда как пациенты с органическими психическими расстройствами получали достоверно ($p < 0,05$) более низкие оценки ($Md = 94,00$).

По показателям невербального интеллекта достоверных различий между пациентами с параноидной шизофренией, шизоаффективным расстройством, с одной стороны, и органическими психическими расстройствами, с другой, выявлено не было. Однако у пациентов с шизотипическим расстройством они достоверно ($p < 0,01$) превосходили показатели пациентов с психическими расстройствами иных нозологических групп, но уступали ($p < 0,01$) показателям испытуемых из контрольной группы.

Вместе с тем явное превосходство испытуемых в контрольной группе (пациенты соматического профиля) по всем интегральным показателям интеллектуальной деятельности с очевидностью указывает на выраженные в той или иной степени нарушения продуктивности интеллектуальной деятельности у всех пациентов с психическими расстройствами.

Для оценки запаса общих и социальных знаний, а также вербально-логического мышления были использованы результаты выполнения субтестов 1 «Осведомленность», 2 «Понятливость», 4 «Сходство» и 6 «Словарный» теста Векслера (см. табл. 2 и 3). С их помощью оценивают уровни знания и владения языком (в данном случае — русским), интеллектуальные интересы, словарный запас. Помимо вышеперечисленного, субтест 2 («Понятливость») позволяет оценить, в некотором приближении, социальный интеллект, точнее — представления о принятых стандартах поведения, практичность в быту. Решение его, так же как субтеста 4 «Сходство», требует способности к абстрагированию, умения отличать существенное от несущественного в контексте решаемой задачи.

Таблица 2. Описательная статистика результатов выполнения субтестов 1 «Осведомленность» и 6 «Словарный запас»

Диагноз	Субтест 1 теста Векслера «Осведомленность» (баллы)			Субтест 6 теста Векслера «Словарный запас» (баллы)		
	<i>M</i>	<i>Md</i>	σ	<i>M</i>	<i>Md</i>	σ
Параноидная шизофрения	11,88	12,00	2,97	11,32	11,00	3,05
Шизоаффективное расстройство	13,20	13,00	3,14	10,93	10,00	2,84
Шизотипическое расстройство	12,13	11,00	3,11	11,96	12,00	2,85
Органические психические расстройства	9,68	9,00	3,19	8,27	9,00	1,15
Контрольная группа	14,42	14,50	2,39	13,35	14,50	2,71

Пациенты группы шизофренических расстройств, как правило, сравнительно успешно справлялись с субтестами 1 («Осведомленность») и 6 («Словарный запас»), их оценки по этим заданиям достоверно ($p < 0,05$) превышали оценки пациентов с органическими психическими расстройствами, тогда как субтесты 2 («Понятливость»)

и 4 («Сходство») они выполняют ничуть не лучше пациентов с органическими психическими расстройствами. В целом, для пациентов с органическими психическими расстройствами были характерны невысокие (реже — средние, чаще — ниже среднего) показатели по всем вербальным субтестам ($7,00 \leq Md \leq 9,00$) за исключением субтеста 4 «Сходство» теста Векслера ($Md = 11,00$).

Таблица 3. Описательная статистика результатов выполнения субтестов 2 «Понятливость» и 4 «Сходство»

Диагноз	Субтест 2 теста Векслера «Понятливость» (баллы)			Субтест 4 теста Векслера «Сходство» (баллы)		
	<i>M</i>	<i>Md</i>	σ	<i>M</i>	<i>Md</i>	σ
Параноидная шизофрения	9,07	9,00	2,96	10,56	11,00	2,86
Шизоаффективное расстройство	8,67	9,00	1,84	10,33	11,00	1,84
Шизотипическое расстройство	9,30	9,00	2,82	10,65	12,00	3,58
Органические психические расстройства	9,03	9,00	3,18	10,28	11,00	2,13
Контрольная группа	11,58	11,50	2,74	13,04	13,00	2,14

Таким образом, можно утверждать, что пациенты с шизофреническими расстройствами, как правило, сохраняли тот запас знаний и представлений, который был сформирован ими до начала заболевания, хотя и значительно уступали в этом отношении испытуемым из контрольной группы — пациентам соматического профиля. Во всяком случае, у пациентов с органическими психическими расстройствами снижение по вербальным субтестам теста Векслера прослеживается более отчетливо. А вот способность к применению своих знаний у пациентов, имеющих шизофренические расстройства, страдало почти в той же степени, что и у пациентов с органическими психическими расстройствами. Проявлялись эти нарушения главным образом при оценке, анализе и принятии решений относительно как формальных, так и социально опосредованных задач, где главное значение имеет опора на личный или социальный опыт.

Данные об особенностях перцептивной организации испытуемых были получены в результате выполнения ими некоторых невербальных заданий теста Векслера (см. табл. 4). Для распознавания неполного фрагментарного изображения испытуемому необходимо было из представленных частей составить целое: определенный узор (субтест 9 «Кубики Коса» теста Векслера), целостное изображение визуального объекта (субтест 11 «Складывание фигур» теста Векслера) или определенную социальную ситуацию в динамике ее развития (субтест 10 «Последовательные картинки» теста Векслера). Результативность выполнения этих заданий зависит от аналитико-синтетических способностей, способности к абстрагированию, зрительно-моторной координации, навыков планирования и особенностей процесса принятия решений [4].

Таблица 4. Описательная статистика результатов выполнения субтестов 9 «Кубики Коса», 10 «Последовательные картинки» и 11 «Сложение фигур»

Диагноз	Субтест 9 теста Векслера «Кубики Коса»			Субтест 10 теста Векслера «Последовательные картинки»			Субтест 11 теста Векслера «Сложение фигур»		
	<i>M</i>	<i>Md</i>	σ	<i>M</i>	<i>Md</i>	σ	<i>M</i>	<i>Md</i>	σ
Параноидная шизофрения	9,22	9,00	3,28	6,95	7,00	3,28	5,32	4,00	2,89
Шизоаффективное расстройство	9,87	9,00	2,72	7,47	7,00	2,97	6,20	7,00	2,88
Шизотипическое расстройство	10,04	10,00	3,05	9,48	9,00	2,86	7,04	7,00	3,21
Органические психические расстройства	7,53	7,50	2,82	7,53	7,50	2,78	4,14	3,00	2,84
Контрольная группа	11,27	12,00	3,07	10,73	10,50	2,25	8,46	8,50	2,28

Данные, размещенные в табл. 4, показывают, что работая с абстрактным материалом (например, субтест 9 «Кубики Коса» теста Векслера), пациенты с расстройствами шизофренического круга демонстрировали вполне определенное преимущество ($p < 0,05$) перед пациентами с органическими психическими расстройствами, которое, однако, не отмечалось в случае решения социально опосредованных задач (субтест 8 «Недостающие детали», субтест 10 «Последовательные картинки»).

Обобщенный анализ результатов выполнения невербальных заданий показал более глубокие, чем у остальных испытуемых, нарушения аналитико-синтетических способностей, конструктивных навыков у пациентов с параноидной формой шизофрении и органическими психическими расстройствами. Такие нарушения могут быть характерны также, по крайней мере, для части пациентов с шизоаффективным расстройством. Для пациентов с шизотипическим расстройством нарушения аналитико-синтетических способностей и конструктивных навыков были не типичны.

Для того чтобы оценить объем кратковременной и оперативной памяти, были использованы результаты выполнения испытуемыми субтестов 3 «Арифметический» и 5 «Повторение цифр» теста Векслера (см. табл. 5).

Показатели кратковременной и оперативной памяти пациентов с расстройствами шизофренического круга несколько превышали показатели пациентов с органическими психическими расстройствами ($p < 0,05$), хотя и серьезно уступали оценкам испытуемых контрольной группы ($p < 0,01$). В то же время, применяя свои знания и навыки для решения, например, арифметических задач, больные шизофренией показали не лучшую, чем у пациентов с органическими психическими расстройствами, продуктивность.

Анализ результатов выполнения субтеста 7 теста Векслера «Шифровка» показал его ограниченные дифференциально-диагностические возможности в контексте задач настоящего исследования. Данные, приведенные в табл. 5, показывают, что существенных различий между пациентами с психическими нарушениями нет. Следует, однако, обратить внимание на то, что оценки в контрольной группе (пациенты соматического

Таблица 5. Описательная статистика результатов выполнения субтестов
3 «Арифметический», 5 «Повторение цифр» и 7 «Шифровка»

Диагноз	Субтест 3 «Арифметический»			Субтест 5 «Повторение цифр»			Субтест 7 «Шифровка»		
	<i>M</i>	<i>Md</i>	σ	<i>M</i>	<i>Md</i>	σ	<i>M</i>	<i>Md</i>	σ
Параноидная шизофрения	8,73	8,00	2,96	9,59	10,00	2,78	5,83	6,00	2,41
Шизоаффективное расстройство	9,67	9,00	3,58	9,40	10,00	2,75	5,53	5,00	2,10
Шизотипическое расстройство	8,47	10,00	3,89	10,30	10,00	3,08	5,96	6,00	2,31
Органические психические расстройства	7,92	7,00	3,03	7,30	7,00	3,21	5,16	5,00	2,37
Контрольная группа	11,84	12,00	2,43	11,77	11,00	2,83	9,08	9,00	2,94

профиля) по данному заданию тоже не велики ($Md \leq 9,00$). Последнее дает основание предполагать, что даже у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями без психических нарушений процесс десоциализации, обусловленный медицинскими показаниями и ограничениями, психологическими и социальными последствиями заболевания может в некоторых случаях негативно влиять на скорость психических процессов, на ментальную активность и гибкость в целом, что проявляется, в частности, при выполнении сложных комплексных когнитивных заданий с ограничением времени выполнения.

Обсуждение

Полученные данные согласуются с данными, представленными в современной патопсихологической литературе, особенно в той ее части, где авторами [3] подчеркивается характерная для пациентов с расстройствами шизофренического спектра тенденция к актуализации практически малозначимых признаков предметов и снижение уровня избирательности, обусловленной регулирующим влиянием прошлого опыта на мыслительную деятельность. При этом указывается, что патология мыслительной, а также речевой деятельности и зрительного восприятия особенно отчетливо проявляется при выполнении тех видов деятельности, реализация которых существенно детерминирована социальными факторами, то есть предполагает опору на прошлый социальный опыт. Вместе с тем трудно согласиться с оценкой значения нарушений произвольного внимания и оперативной памяти, которые специально не выделяются в качестве существенных характеристик шизофренического патопсихологического синдрома. Специалисты за рубежом, напротив, на первый план при шизофрении выдвигают нарушения внимания, рабочей памяти и исполнительских функций, снижение скорости и активности психических процессов [5]. Однако нарушения познавательной деятельности у пациентов с шизофренией, как удалось продемонстрировать на представленном материале, не исчерпываются только ограничением объема произвольного внимания и оперативной памяти. Отмеченные затруднения у пациентов с парано-

идной шизофренией и отчасти у пациентов с шизоаффективным расстройством при работе с невербальным тестовым материалом в целом ряде случаев могут указывать на нарушения аналитико-синтетических способностей и конструктивных навыков, что нельзя объяснить исключительно снижением уровня избирательности актуализации прошлого опыта. Показательно, что для пациентов с шизотипическим расстройством такие нарушения оказались не характерны. Кроме того, снижение психической активности может наблюдаться не только у пациентов с психическими нарушениями, но и в некоторой степени у психически здоровых, социальная и профессиональная деятельность которых ограничена медицинскими показаниями.

Таким образом, в процессе исследования впервые удалось показать, что структура когнитивных нарушений при расстройствах шизофренического спектра в существенной степени зависит от клинической формы шизофрении. Снижение уровня избирательности актуализации прошлого опыта, трудности в применении знаний для решения задач отмечены при параноидной шизофрении, шизоаффективном и шизотипическом расстройствах. В то же время нарушения аналитико-синтетических способностей и конструктивных навыков, характерные для психотических форм шизофрении, для пациентов с малопрогредиентным шизотипическим расстройством были не типичны, что и определило дифференциально-диагностическое значение невербальных заданий теста Векслера для задачи различения психотических и непсихотических форм шизофрении.

В случае с расстройствами шизофренического круга и органическими психическими расстройствами, напротив, важное дифференциально-диагностическое значение имели оценки по вербальным субтестам теста Векслера, отражающие объем круга общих знаний и представлений, интеллектуальные интересы, словарный запас.

Выводы

1. Согласно представленным данным, общими для представителей группы испытуемых с шизофреническими расстройствами являются трудности в применении собственных знаний и навыков для решения различных, особенно социально опосредованных, заданий. Пациенты с органическими психическими расстройствами в ходе решения тех же заданий демонстрируют сходные проблемы. Это, в отличие от тех случаев, когда пациенты имеют расстройства шизофренического спектра, обусловлено более скудными знаниями и представлениями, ограниченным словарным запасом. Достаточно надежными индикаторами различий между пациентами этих групп могут служить результаты выполнения вербальных заданий для оценивания уровня понимания и владения языком, а также обобщенный показатель вербального интеллекта.
2. Пациенты с параноидной шизофренией и с шизоаффективным расстройством отличались от пациентов с шизотипическим расстройством, выраженными нарушениями перцептивной организации (анализ целого по его частям), нарушениями аналитико-синтетических и конструктивных навыков, что можно было проследить на материале соответствующих тестовых заданий, так же как и по интегральному показателю невербального интеллекта. Различия между группами больных параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством, хотя и имели место, были статистически недостоверны.

3. И для пациентов с расстройствами шизофренического круга, и для пациентов с органическими психическими расстройствами в той или иной степени были характерны ограничения объема кратковременной и оперативной памяти, нарушения переключения и распределения внимания, снижение скорости психических процессов.
4. Снижение психической активности, нарушения переключаемости и распределения внимания, ограничение объема кратковременной и оперативной памяти могут наблюдаться не только у пациентов с психическими нарушениями, но и в некоторой степени у психически здоровых лиц, социальная и профессиональная деятельность которых ограничена медицинскими показаниями, психологическими и социальными последствиями хронического заболевания, что можно наблюдать при выполнении сложных комплексных когнитивных заданий с ограничением времени выполнения.

Литература

1. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов. М.: МПСИ, 2009. 624 с.
2. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. М.: Апрель-Пресс, 2010. 224 с.
3. Критская В. П., Мелешко Т. П. Патопсихологический синдром в системном исследовании патологии психической деятельности // Психологический журнал. 2004. № 6. С. 53–62.
4. Филимоненко Ю. И., Тимофеев В. И. Тест Векслера. Диагностика уровня развития интеллекта (взрослый вариант): метод. руководство. СПб., 2006. 112 с.
5. Savla G. N., Moore D. J., Palmer B. W. Cognitive Functioning // Clinical Handbook of Schizophrenia / eds K. T. Mueser, D. V. Jeste. New York: The Guilford Press, 2008. P. 91–99.

Статья поступила в редакцию 28 декабря 2010 г.