

УДК 616.892+616.895]-079.4:159.9.072.5:615.851

*В.Е. Гончаров***СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ПСИХОЗА, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, И ОРГАНИЧЕСКОГО ШИЗОФРЕНОПОДОБНОГО РАССТРОЙСТВА**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: шизофрения, органическое шизофреноподобное расстройство, сочетанная патология

Проблема сочетанной психической патологии в последние годы не утрачивает остроты и актуальности, что обусловлено, в первую очередь, трудностями дифференциальной диагностики [1]. Сходные по симптоматике, но различные по своему генезу коморбидные нарушения психики оказывают взаимное патопластическое влияние, зачастую формируя атипичную клиническую картину, которая не укладывается в определенные нозологические рамки [2]. Решением указанной проблемы представляется разработка более совершенных, более «чувствительных» психодиагно-

стических подходов и методов, позволяющих надежно дифференцировать характерные закономерности и отличительные особенности в каждом конкретном клиническом случае.

Целью проведенного исследования было дифференциально-диагностическое сравнение патопсихологических особенностей протекания органического шизофреноподобного психоза, с одной стороны, и с другой — собственно шизофренического психоза, сочетающегося с органическим поражением центральной нервной системы.

**Материалы и методы исследования**

В первую группу вошли 28 пациентов обоего пола, страдающих органическим шизофреноподобным расстройством. Во вторую группу были включены 28 больных параноидной шизофренией с коморбидным органическим поражением головного мозга. Все пациенты находились на стационарном лечении в различных отделениях Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3. Средний возраст больных в первой группе составил  $46,67 \pm 2,70$  года, возраст к началу заболевания  $38,25 \pm 3,32$  лет, длительность заболевания  $8,43 \pm 1,99$  лет. Количество госпитализаций в психиатрические стационары равнялось  $5,38 \pm 1,14$ . Во второй группе средний возраст пациентов составил  $34,44 \pm 1,84$  года; возраст на момент первой госпитализации по поводу шизофренического психоза —  $23,48 \pm 1,30$  года; длительность заболевания  $10,04 \pm 1,39$  лет. Количество госпитализаций в психиатрические стационары было равно  $9,40 \pm 1,80$ . Таким образом, группы сравнения по основным медико-социальным показателям можно считать гомогенными, а вы-

явленные различия связать именно с нозологическим фактором.

У всех больных исследовались симптомы операционно-мнестической, зрительно-перцептивной, мотивационно-волевой, идеаторной, эмоциональной, личностной дисфункции, обусловленной органическим поражением головного мозга. С этой целью применялись клиническая оценочная шкала PANSS и психодиагностические методики: проба на запоминание 10 слов; исследование самооценки по методике Дембо-Рубинштейн; индивидуальный типологический опросник (ИТО); пробы распознавания картин Поппельрейтера и предметов с незавершенными контурами; тест зрительной ретенции Бентона; отыскивание чисел по таблицам Шульте; обратное отсчитывание по Крепелину; методика «исключение четвертого», а также компьютеризированный метод исследования времени сенсомоторной реакции и межполушарных функциональных асимметрий (SEAGULL). Для оценки статистической достоверности различий использовался t-критерий Стьюдента.

## Результаты обследования и их обсуждение

Анализ полученных данных показал, что уровень социально-трудовой адаптации в группе с осложненной шизофренией был ниже, стремление к сотрудничеству менее выражено, чаще отмечались нарушения поведения и колебания психического состояния. Однако, при имеющемся объеме экспериментальных данных можно говорить лишь о тенденции к различиям, т.к. их статистическая достоверность не достигала достаточного уровня.

Оценка клинического состояния проводилась по общепринятой шкале PANSS. Полученные результаты указывают на значимо более выраженные нарушения ассоциативных процессов и целенаправленности мышления, большую частоту соскальзываний и паралогизмов в группе с коморбидным сочетанием шизофрении и органической патологии ЦНС ( $p < 0,05$ ).

По данным указанной методики, в обеих группах больных отмечалось уплощение аффекта, уменьшение объема мимических реакций, обеднение жестикуляции. Однако, у пациентов с органическим шизофреноподобным расстройством указанные изменения были выражены незначительно, тогда как в группе с осложненной шизофренией они оказались гораздо более существенными ( $p < 0,001$ ). Та же закономерность выявлена и в отношении эмоциональной отчужденности, отстраненности от социального окружения, утраты социокультурных интересов и мотивов к коммуникации: во второй группе частота и выраженность данных симптомов была выше ( $p < 0,001$ ).

Менее глубокие, но статистически значимые различия выявлены в отношении оскудения контакта, дефицита эмпатии и открытости в общении, бедности вербального и невербального общения. Данные характеристики также преобладали у пациентов, страдающих шизофренией ( $p < 0,05$ ).

Такой признак, как пассивно-апатическая социальная отстраненность, в группе с органическим шизофреноподобным расстройством был несколько завышен, однако среднее значение оставалось на границе условной нормы. Во второй же группе снижение социальной активности и сужение круга интересов (вследствие прогрессирующей апатии, анергии, гипобулии) было достоверно более выраженным и приводило к уменьшению социальной вовлеченности, к игнорированию злободневных макро- и микросоциальных проблем, формировало разного рода эскапические установки ( $p < 0,001$ ).

Нарушения абстрактного мышления в виде специфического снижения уровня абстрагирования и категоризации, преобладания ситуационной конкретности в суждениях и решениях, отчетливо выявлялись в обеих группах, указывая на типичное влияние органического фактора. Однако, значительно выраженной данные нарушения были в группе больных с органическим шизофреноподобным расстройством, где органическая патология ЦНС играла ведущую, доминирующую роль, и соответствующий показатель шкалы PANSS существенно превышал средний уровень ( $p < 0,001$ ).

Показатель «недостаточность спонтанности, плавности речи» был завышен в обеих группах, причем степень завышения была примерно одинаковой — достоверных межгрупповых различий по данному признаку обнаружено не было. Однако, следует отметить, что механизмы возникновения указанного симптома были различными. В группе больных с органическим шизофреноподобным расстройством, аспонтанность и «механистичность» речи были связаны с динамическими нарушениями мышления (инертность, ригидность, обстоятельность). В группе больных шизофренией, по-видимому, дефицит спонтанности и плавности речи чаще был обусловлен нарушениями мотивационных компонент мышления (утрата целенаправленности, различные проявления негативизма и т.п.). Таким образом, при отсутствии статистических различий в количественной выраженности анализируемого показателя PANSS, его качественная оценка имела важное дифференциально-диагностическое значение.

Стереотипность мышления в группе больных шизофренией, осложненной органической патологией, определялась на уровне  $2,56 \pm 0,18$  баллов. В то же время, в группе пациентов с органическим шизофреноподобным расстройством выраженность указанного признака была существенно выше и составляла  $3,96 \pm 0,15$  балла ( $p < 0,001$ ).

Актуальность и насыщенность ипохондрических идей в первой группе оценивались на уровне  $3,67 \pm 0,16$  балла, что существенно превышало аналогичный показатель второй группы ( $2,76 \pm 0,23$  балла,  $p < 0,01$ ). Таким образом, статистическая достоверность указанного различия позволяет предположить зависимость данного признака от нозологического фактора, т.е. от принадлежности испытуемых к той или иной группе.

Физическое напряжение, напротив, было более выраженным в группе больных с шизофреническим психозом, являясь внешним проявлением переживаемого чувства опасности, страха, тревоги, агитации, и выражалось в большей скованности, треморе, профузном потоотделении, неусидчивости больных ( $p < 0,05$ ).

Пантомимика пациентов, страдающих шизофренией, достоверно отличалась своей неестественностью, неуклюжестью, манерностью, в ряде случаев достигающих степени вычурности. У больных органическим шизофреноподобным расстройством баллы, набранные по указанному признаку, были существенно ниже ( $p < 0,01$ ), и начислялись преимущественно в связи со снижением темпа и подвижности реагирования, угловатостью движений, общими астеническими проявлениями.

Депрессивная симптоматика была более выражена у пациентов первой группы, но различие данного признака не достигало степени статистической значимости. Преобладание депрессивных нарушений у больных с органическим шизофреноподобным расстройством носило характер тенденции и может быть объяснено несколько более сохранной эмоциональностью, наличием у них субъективных переживаний уныния, беспомощности и пессимизма в отношении собственных перспектив.

Средняя оценка двигательной заторможенности была незначительной в первой группе, и умеренной — у пациентов, страдающих шизофренией. Именно во второй группе отмечалось заметное снижение двигательной активности, снижение общего тонуса и реактивности ( $p < 0,05$ ).

Недоступность в группе больных с органическим шизофреноподобным расстройством оценивалась на пограничном уровне, тогда как в группе сравнения (больные шизофренией) проявления признака были достоверно более высокими ( $p < 0,01$ ). Пациенты, страдающие шизофренией, в той или иной степени игнорировали права, пожелания, замечания и просьбы окружающих, родственников, медицинского персонала. Наиболее частыми причинами подобного поведения были подозрительность, неприятие авторитетов, нелепая обидчивость, упрямство, негативизм и агрессивность.

Нарушения внимания и дезориентация, проявляющаяся в недостаточности представлений об окружающем (включая людей, место и время) были более выраженными в группе с органическим шизофреноподобным расстройством

( $p < 0,001$ ), отражая более весомое влияние органического фактора на клиническую картину.

Клинически значимые волевые нарушения отмечались в обеих группах, однако у пациентов с шизофренией они достоверно преобладали ( $p < 0,05$ ). Помимо количественного различия, следует отметить и качественные особенности исследуемого признака в сравниваемых группах. При шизофрении, осложненной органическим поражением ЦНС, у пациентов доминировали дефицит целенаправленности, спонтанности, произвольной саморегуляции деятельности, нередко амбивалентность и амбитендентность. Для больных с органическим шизофреноподобным расстройством более характерными были недержание аффекта, избыточная целеустремленность в вопросах сверхценной или бредовой значимости, невозможность скорректировать свои действия даже в случаях очевидной их апродуктивности или вредности.

Погруженность во внутренние, аутистические переживания, снижение интереса к окружающему были достоверно более выражены у пациентов, страдающих шизофренией ( $p < 0,01$ ). В этой же группе преобладал такой симптом, как активный уход от социальных контактов, связанный с иррациональным страхом, враждебностью, недоверчивостью ( $p < 0,001$ ). У больных с органическим шизофреноподобным расстройством, напротив, выявлено безудержное стремление к объекту своих болезненных привязанностей, или же назойливые попытки добиться наказания «виновных», восстановления «нарушенной справедливости», своих якобы «попраных» прав и т.п.

Таким образом, шкала PANSS оказалась эффективным инструментом для объективизации и установления различий в клинических данных у больных с исследуемой патологией.

Исследование патопсихологических особенностей памяти с помощью пробы на запоминание-удержание 10 слов в группе пациентов, страдающих осложненной шизофренией, выявило большую склонность к повторным воспроизведениям уже названного слова ( $p < 0,05$ ). Однако, данное различие не было устойчивым и на последующих этапах пробы утратило свою статистическую значимость.

При предъявлении стимульных картин, содержащих незавершенные контуры предметов, пациенты обеих групп в ряде случаев не могли опознать изображение, однако при органическом шизофреноподобном расстройстве указанная проблема возникала достоверно чаще ( $p < 0,001$ ).

Соответственно, пациенты второй группы давали гораздо более высокий процент правильных узнаваний ( $p < 0,001$ ). Следует отметить, что ошибочные интерпретации зрительного образа и затруднения с припоминанием названия предметов, даже если больному достаточно понятно было его предназначение, выявлены в обеих группах. При этом установлена тенденция более частого проявления указанных признаков в группе с органическим шизофреноподобным расстройством.

Картины Поппельрейтера, состоящие из наложенных друг на друга контурных изображений, у пациентов первой группы достоверно чаще вызывали неодолимые затруднения ( $p < 0,01$ ). В целом, подтверждены особенности зрительного гнозиса у больных, выявленные и предыдущей методикой. Полученные результаты отражают недостаточную избирательность внимания при наличии факторов, затрудняющих процесс узнавания. В то же время, легко возникают отвлеченные или иллюзорные ассоциации, нередко приводящие к нелепым интерпретациям зрительного образа, в том числе с проекцией актуальных болезненных переживаний.

Обратное отсчитывание по методике Крепелина от 100 по 7 показало, что пациенты обеих групп совершили меньшее количество шагов для достижения конечного результата, чем это объективно необходимо. В первой группе больных указанная тенденция была более явной. Досрочное выполнение задания объясняется большим количеством ошибок, допускаемых при переходах через десяток — особенно у больных с органическим шизофреноподобным расстройством. Ошибки в единицах были более характерны для страдающих шизофренией. В целом, пациенты обеих групп обнаруживали признаки истощаемости и неустойчивой концентрации внимания.

Исследование по методике Дембо-Рубинштейн выявило тенденцию к более низкой самооценке по шкалам «здоровье» и «веселость» у пациентов, страдающих органическим шизофреноподобным расстройством. Очевидно, указанная особенность может быть объяснена большей склонностью указанного контингента к депрессивным и ипохондрическим переживаниям. По большинству остальных самооценочных шкал получены статистически близкие показатели.

Сходство личностных особенностей подтверждается и результатами работы с Индивидуальным типологическим опросником (ИТО). Достоверно более высоким у больных с органическим

ком шизофреноподобным расстройством был лишь показатель «сензитивность» ( $p < 0,05$ ), связанный с впечатлительностью, повышенной чувствительностью к влияниям окружающей среды, избыточной фиксацией на неудачах и плохом самочувствии. В этой же группе на уровне тенденций отмечается преобладание следующих показателей: эмотивность, тревожность, экстраверсия, спонтанность и ригидность. Указанная особенность подчеркивает большую сохранность эмоционально-волевой сферы, что подтверждается и клиническими наблюдениями.

Отыскивание чисел по таблицам Шульте не позволило выявить статистически значимых межгрупповых различий. Выявленные тенденции можно считать общими для пациентов обеих выборок: недостаточная (по сравнению с известными нормативами) скорость выполнения задания, снижение темпа к концу пробы, заметное замедление при неожиданном для испытуемого изменении инструкции. Все указанные особенности являются проявлениями описанного во многих источниках [3, 4, 5] органического симптомокомплекса.

Результаты работы пациентов с изучаемой патологией по методике SEAGULL подтверждают снижение скорости реакции, наличие признаков сенсорной и сенсомоторной асимметрии, значительное число допускаемых ошибок в обеих группах.

Исследование особенностей воспроизведения геометрических фигур по памяти у больных (Бентон-тест зрительной ретенции) позволило установить следующее. В группе пациентов страдающих шизофренией, осложненной органической патологией головного мозга, отмечалась склонность к макрографии ( $p < 0,05$ ), а в группе сравнения, напротив, к микрографии ( $p < 0,05$ ). В обеих группах был высоким процент ошибочного изображения фигур, той или иной деформации воспроизводимой фигуры, нарушений общей композиции рисунка, дрожания линий. При этом в группе с осложненным течением шизофрении несколько чаще отмечался перекрест замыкающих линий, а в группе с органическим шизофреноподобным расстройством — несовпадение точек их пересечения.

Изучение мышления с помощью методики исключения в предметном и вербальном варианте позволило выявить достоверное преобладание конкретности мышления в группе больных с органическим шизофреноподобным расстройством ( $p < 0,01$ ) и более высокую частоту соскальзываний и разноплановых ответов сре-

ди пациентов, страдающих шизофренией ( $p < 0,01$ ). Во второй группе предметный вариант методики позволил также выявить достоверное преобладание паралогичности в ответах ( $p < 0,05$ ). В то же время, стереотипии, склонность к шаблонному выполнению задания чаще прослеживались в ответах пациентов с органическим шизофреноподобным расстройством ( $p < 0,01$ ). Этой же группе больных более присущи были затруднения (зачастую непреодолимые) в обосновании своего выбора. При этом предметный вариант методики обнаруживал несколько меньшие различия по признаку ( $p < 0,05$ ), чем вербальный ( $p < 0,01$ ). Темп мышления и его переключаемость у исследуемых больных были ниже нормы в обеих группах, причем более отчетливое снижение отмечалось при органическом шизофреноподобном расстройстве.

Оценивая полученные результаты в целом, следует подчеркнуть, что в диагностике органического шизофреноподобного расстройства наибольшее значение имеют симптомы выраженной истощаемости, неустойчивости, инертности внимания, операционно-мнестической дисфункции и общего интеллектуального снижения, преобладание ситуационно-конкретной логики, наличие эгоцентрической позиции с повышенной раздражительностью и склонностью к аффектации. Характерными для данного расстройства являются также ригидность психологических установок, неспособность отказаться от принятой позиции, некорректируемая убежденность в собственной правоте и категоричность в отста-

ивании своего мнения, снижение способности критически оценивать свое состояние, возможности, степень сохранности.

Для больных шизофренией, осложненной органическими нарушениями ЦНС, характерно наличие того же специфического «органического симптомокомплекса», что и в группе сравнения. Однако, выражен он в меньшей степени, чем осевая эндогенно-процессуальная симптоматика. Во второй группе преобладают специфические для шизофрении изменения: нарушения целенаправленности и логической организации мышления, искажения ассоциативных процессов. Грубо страдает эмоционально-волевая сфера: наблюдается снижение эмпатии, эмоционального резонанса, заинтересованности в социальных коммуникациях. Заметно ниже спонтанная активность и вовлеченность в вопросы микроокружения. Бредовые идеи отличаются нелепостью и логической непоследовательностью, отсутствием даже формальной правдоподобности, наличием смысловых разрывов. В целом, коморбидная органическая патология несколько сглаживает, нивелирует общеизвестную клиническую картину шизофрении, однако не скрывает полностью ее специфических черт.

Таким образом, комплексный подход к дифференциальной диагностике на основе углубленного изучения патопсихологических особенностей больных дает возможность выявить наиболее существенные отличия между описанными нозологическими формами, близкими по клинической картине, но различными по генезу.

*В.Є. Гончаров*

## **ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ І ПАТОПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ШИЗОФРЕНІЧНОГО ПСИХОЗУ, ПОЄДНАНОГО З РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ, І ОРГАНІЧНОГО ШИЗОФРЕНОПОДІБНОГО РОЗЛАДУ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Обстежені дві групи пацієнтів, що знаходяться на стаціонарному лікуванні і страждають на органічний шизофреноподібний розлад, та шизофренію поєднану з органічним ураженням головного мозку. Оцінка клінічного стану проводилась за шкалою PANSS. Вивчення нейропсихологічних особливостей здійснювалось за допомогою батареї психодіагностичних тестів. Отримані результати дозволили встановити критерії, які мають вирішальне диференціально-діагностичне значення. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 30-35).

*V.E. Goncharov*

**COMPARATIVE ANALYSIS OF PECULIARITY CLINICAL AND PATOPSYCHOLOGICAL  
SCHIZOPHRENIC'S PSYCHOSIS WHICH COMBINED WITH RESIDUAL-ORGANIC  
PATHOLOGY AND ORGANIC SCHIZOPHRENIC'S SIMILAR DISORDERS**

Kharkiv medical academy of postgraduate Education

Inspected two groups of hospitalized patients which suffering from organic schizophrenic's similar disorder and schizophrenia, coupled with organic brain damage. Evaluation of the clinical condition was followed by scale of PANSS. Neuropsychological peculiarities were studies with the series of psychodiagnostics tests. Getting results allow established criterions of critical differential diagnostic meaning. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 30-35).

*Литература*

1. Пивень Б.В. Итоги исследования сочетанных форм психической патологии// Сочетанные формы психической патологии. –Барнаул, 1995. – С. 23-29.
2. Психиатрия: Национальное руководство / Под ред. Ю.А. Александровского. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. – 992 с.
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика.

– К.: «Здоров'я», 1986. – 279 с.

4. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики.– С-Пб:«Стройлеспечать», 1997.–303с.

5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М.: Издательство Московского университета, 1986. – 285 с.

Поступила в редакцию 18.04.2010