

11. Шутов А.А., Шерман М.А. Психовегетативный синдром в резидуальном периоде современной легкой боевой черепно-мозговой травмы // Журн. невропатол. и психиатр. 1992. Вып. 92.

12. Ямпольская В.В. Особенности клиники и течения алкогольной зависимости у лиц, перенесших боевую закрытую черепно-мозговую травму // Вопросы медицинской и социальной помощи участникам войн, вооруженных конфликтов, лицам пожилого и старческого возраста: Сб. Екатеринбург, 2003.

Д.Н. Немытых (Екатеринбург)

Когнитивные нарушения у больных параноидной шизофренией в аспекте социальной адаптации

Проблема нарушения когнитивных функций у больных шизофренией в последние годы стала особо актуальной. Когнитивный дефицит считается многими авторами важным самостоятельным и даже ведущим расстройством при оценке социального и терапевтического прогноза больных шизофренией, степень нарушения когнитивных функций может являться предиктором потенциала для социальной реабилитации больного (A.Breier [7]; M.F.Green [12]; T.Sharma, Ph.Harvey [16]).

К настоящему времени существует много работ, в которых установлен особый тип когнитивных нарушений у больных шизофренией, специфика этих нарушений позволяет отличать их от дефицита, наблюдаемого при органических заболеваниях головного мозга (Р.Я.Вовин [1]; Ю.Ф.Поляков [4]; T.Sharma, Ph.Harvey [16]; G.D.Tollefson [17]). Снижение показателей, характеризующих когнитивные функции, в среднем на 1-3 стандартных отклонения регистрируется практически во всех тестах, использованных в различных исследованиях. Наиболее устойчиво выражены нарушения внимания, памяти и исполнительских функций. Дефицит внимания, памяти и исполнительских функций, характерный для шизофрении является генерализованным, он определяется лобно-средне-височной дисфункцией, включающей в себя дизнефальные регионы мозга (T.Sharma, Ph.Harvey [16]; G.D.Tollefson [17]).

L.Ciompri показал необходимость психо-социо-биологической модели для понимания психических расстройств и возрастающее значение психосоциальных факторов в динамике шизофрении [8]. Исходя из этой модели, показано, что когнитивные нарушения обуславливают трудности, которые испытывают больные в обыденной жизни, а также ограничивают социальное и профессиональное функционирование больных (A.S.Bellack [6]). Оставаясь в наличии даже в ремиссиях заболевания и при исчезновении симптомов, выраженный нейрокогнитивный дефицит может препятствовать реинтеграции пациента в общество (T.Sharma [15]). M.D.Bell и G.Bryson [5] доказали что когнитивные нарушения служат фактором, ограничивающим успешность психосоциальной (например, трудовой) реабилитации. P.W.Corrigan & R.Toomey [10], P.W.Corrigan [9] рассматривали способность разрешать проблемы применительно к социальной компетентности как разновидность обработки социальной информации. P.W.Corrigan et al. показал, что когнитивные нарушения (в частности, нарушение исполнительских функций) с большей вероятностью ассоциируется с нарушением микросоциальной адаптации. J.Jaeger & E.Douglas [13] показали влияние когнитивного функционирования на социальную и профессиональную состоятельность, а M.Davidson & R.S.Keefe [11] – на качество жизни. В работе M.O.Ибригит [2] отмечено пре-

обладание в поведении больных шизофренией эмоциональных и избегающих решения проблемы копирования. Такое поведение усугубляет болезненные переживания пациента, приводит к усугублению социально-психологической дезадаптации личности. В настоящий момент происходит активное накопления научных данных по проблеме когнитивных нарушений при шизофрении, что послужило предпосылкой для проведения данного исследования.

Целью исследования являлось изучение особенностей нарушения некоторых когнитивных функций у больных параноидной шизофренией, взаимосвязи этих нарушений с социальной адаптацией больных.

Материалы и методы исследования: было обследовано 100 больных параноидной шизофренией в возрасте от 18 до 50 лет, в соответствии с критериями МКБ-10. Для оценки психопатологической симптоматики использовалась Шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS) (Kay S.R. et al. [14]). Оценка социальной адаптации больных шизофренией проводилась по методике, предложенной Е.Д.Красик и Г.В.Логвинович [3]. Оценка социальной адаптации проводилась с учетом состояния трех видов функций и отношений больных по сравнению с преморбидным периодом: социально-трудовая компенсаторно-приспособительная деятельность; состояние функций и отношений в рамках семьи; компенсаторно-приспособительная деятельность, направленная на удовлетворение только собственных интересов и потребностей (включая физиологические). Для оценки нарушения когнитивных функций использовались следующие тестовые методики: Тест на зрительно-моторную координацию (Trail making test, TMT) (Reitan R.M., Wolfson D., 1993), оценивал внимание, пространственную ориентацию, моторную координацию, рабочую память и исполнительскую функцию. Тест беглости речевых ответов (Verbal fluency test, VFT) (Lezak M.D., 1995), оценивал вербальную ассоциативную продуктивность и нарушения лексической системы. Тест Струпа (Stroop color word interference test) (Stroop J.R., 1935), применялся для оценки распределенного внимания и исполнительских функций. Тест на запоминание 10 слов (Лурия А.Р., 1969), применялся для оценки вербальной памяти. Тест Бентона (Benton Visual Retention Test) (Benton A., 1960), оценивал зрительную память. Таблицы Шульце, оценивали динамические параметры внимания и уровень его произвольной регуляции.

Анализ показателей социальной адаптации у больных параноидной шизофренией в разные сроки болезни показывает динамику социального снижения. Уже к моменту психотической манифестации наблюдался сниженный уровень социальной адаптации у 30% обследованных больных. Приблизительно к третьему году болезни отсутствовало восстановление преморбидных функций, социальная адаптация характеризовалась либо значительным снижением, либо практически полным отказом от социально-полезной деятельности. На более отдаленных этапах течения болезненного процесса (5-10 лет) подавляющее большинство больных стабилизировалось на уровне отказа от социально-полезной деятельности и полной дезадаптации.

С целью оценки влияния когнитивных нарушений на социальную адаптацию обследованные больные были разделены на 3 группы в соответствии с уровнем социальной адаптации. В первую группу (n=18) вошли больные с незначительно сниженной социальной адаптацией, вторая группа (n=18) была представлена больными, демонстрирующими умеренно выраженное снижение социальной адаптации, третья группа (n=64) состояла из больных демонстрирующих выраженное снижение социальной адаптации или полный отказ от социально-полезной деятельности и полную дезадаптацию. Анализирова-

лись различия в выполнении когнитивных тестов в выявленных группах больных. Выявлены достоверные различия ($p < 0.01$) в выполнении всех когнитивных проб между 1 и 3 группой больных. Достоверные ($p < 0.01$) различия между 2 и 3 группой больных отмечались в показателях зрительной памяти и исполнительских функций, так же достоверно ($p < 0.05$) отличались показатели внимания, пространственной ориентации, моторной координации, рабочей памяти, отсутствовали достоверные различия в показателях вербальной памяти, вербальной ассоциативной продуктивности и нарушений в лексической системе. Корреляционный анализ по методу Спирмена (коэффициента корреляции R) показал наибольшую взаимосвязь между уровнем социальной адаптации и уровнем нарушения исполнительских функций ($R = 0,48, 0,57, 0,63$ в разных тестах), а также нарушениями зрительной памяти ($R = -0,63$). Взаимосвязь меньшей силы обнаруживается между уровнем социальной адаптации и снижением вербальной памяти ($R = -0,48$), вербальной ассоциативной продуктивностью и нарушением лексической системы ($R = -0,49$ и $R = -0,43$ соответственно), уровнем внимания и его произвольной регуляции ($R = 0,42$).

Полученные данные позволяют говорить о том, что имеется взаимосвязь между когнитивными нарушениями и социальной адаптацией больных: как при качественном, так и при корреляционном анализе. Это позволяет сделать предположение о том, что большая выраженность когнитивных расстройств отрицательно сказывается на социальной адаптации больных. Выделены когнитивные функции, наиболее тесно связанные с социальной адаптацией. Полученные данные могут послужить основой для дифференциации ранних терапевтических и психосоциальных вмешательств.

Библиографический список

1. *Вовин Р.Я.* Шизофренический дефект: диагностика, патогенез, лечение. СПб., 1991.
2. *Ибриегит М.О.* Социальная компетентность при шизофрении: обзор современных теоретико-методологических подходов // *Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева.* 1996. Вып. 1.
3. *Красик Е.Д., Логвинович Г.В.* Социально-трудовая адаптация больных приступообразной шизофренией. Томск, 1991.
4. *Поляков Ю.Ф.* Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974.
5. *Bell M.D., Bryson G.* Work rehabilitation in schizophrenia: does cognitive impairment limit improvement? // *Schizophr. Bull.* 2001. Vol. 27. № 2.
6. *Bellack A.S.* Cognitive rehabilitation for schizophrenia: is it possible? is it necessary? // *Schizophr. Bull.* 1992. Vol. 18. Jfe 1.
7. *Breier A.* Cognitive deficit in schizophrenia and its neurochemical basis // *Br. J. Psychiatry.* 1999. Vol. 174. Suppl. 37.
8. *Ciampi L.* The effect of psychosocial factors in schizophrenia. Theoretical and practical-therapeutic consequences // *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr.* 1995. Vol. 146. № 5.
9. *Corrigan P.W.* The social perceptual deficit in schizophrenia // *Psychiatry.* 1997. Vol. 60. Winter.
10. *Corrigan P.W., Toomey R.* Interpersonal problem solving and information processing in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 1995. Vol. 21. № 3.
11. *Davidson ML, Keefe R.S.* Cognitive impairment as a target for pharmacological treatment in schizophrenia // *Schizophr. Res.* 1995. Vol. 17.

12. *Green M.F.* What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? // *Am. J. Psychiat.*, 1996. Vol. 153.
13. *Jaeger J., Douglas E.* Neuropsychiatric rehabilitation for persistent mental illness // *Psychiatr. Q.* 1992. Vol. 63.
14. *Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A.* The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. // *Schizophr. Bull.* 1987. Vol. 13.
15. *Sharma T.* Impact on cognition of the use of antipsychotics // *Current Med. Res. Opinion.* 2002. Vol. 18. Suppl. 3.
16. *Sharma T., Harvey Ph.* Cognition in schizophrenia. Impairments, inotance, and treatment strategies // *University Press. Oxford.* 2000.
17. *Tollefson G.D.* Cognitive function in schizophrenic patients // *J. Clin. Psychiatru.* 1996. Vol. 57. Suppl. 11.

В.А. Николаев (Орел)

Институциональные формы реабилитации военнослужащих, прошедших «горячие точки»

Общим обязательным показателем постстрессовых нарушений является факт переживания индивидом события, выходящего за пределы обычного человеческого опыта, способного травмировать психику практически любого здорового человека, например, серьезную угрозу жизни и здоровью, как своему, так и близких или друзей; внезапное разрушение жилья или общественного здания и т. п.

Структура расстройства психической деятельности включает в себя две взаимосвязанные подгруппы нарушений. Это симптомы упорного вторжения в сознание образов, воспоминаний и эмоций, связанных с содержанием психотравмирующих обстоятельств, вызывающего всякий раз сильный психологический дистресс у индивида; и «симптомы избегания», проявляющиеся в стремлении и попытках настойчиво избегать мыслей, чувств, разговоров, лиц, мест и деятельности, вызывающих воспоминания о травме. При этом отмечаются такие явления как сужение спектра и уменьшение силы эмоционального реагирования, заметное снижение интереса и участия в ранее значимых видах деятельности, чувства зависимости или отчужденности от людей, сокращения или отсутствия будущего и ряд других.

Другой общей для обеих категорий постстрессовых нарушений подгруппой симптомов являются устойчивые симптомы физиологической (гипер) активации (не присутствовавшие до травмы). Эта подгруппа отражает явления как общей повышенной возбудимости центральной нервной системы, свойственной пострадавшим с последствиями психической травмы, так и повышенную реактивность их психики в отношении специфических, своего рода ключевых раздражителей. Она включает в себя:

- нарушения сна (трудности засыпания, бессонницу);
- раздражительность, вспышки внезапного гнева;
- трудности сосредоточения, концентрации внимания;
- повышенную (не соответствующую ординарным обстоятельствам) бдительность;
- готовность к оборонительной реакции "бей или беги". В структуру острых стрессовых расстройств, кроме этих общих признаков, входит подгруппа так называемых "диссоциативных" симптомов, наблюдавшихся либо в период травмы, либо впоследствии: