

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОРГАНИЧЕСКОГО ШИЗОФРЕНОПОДОБНОГО РАССТРОЙСТВА И ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ПСИХОЗА

Обследованы две группы пациентов, находящихся на стационарном лечении, страдающих шизофренией и органическим шизофреноподобным расстройством. Оценку клинического состояния проводили по шкале PANSS. Изучение нейропсихологических особенностей осуществляли с помощью батареи психодиагностических тестов. Полученные результаты обнаруживают сходство двух исследуемых нозологических форм в клинической симптоматике и структуре личностных особенностей. Установлено, что именно «органический фактор», выявляемый классическими пато- и нейропсихологическими пробами, позволяет четко разделить группы. На основании полученных данных определены критерии, имеющие решающее дифференциально-диагностическое значение.

*Ключевые слова:* шизофрения, органическое шизофреноподобное расстройство, клиника, диагностика

В отчете о Европейской конференции Всемирной организации здравоохранения на уровне министров, состоявшейся в 2005 году и посвященной охране психического здоровья, выражается обеспокоенность ростом распространенности психических нарушений среди населения в последние годы [5]. В связи с этим особую актуальность приобретает вопрос о качестве дифференциальной диагностики, как одного из ведущих факторов, определяющих своевременность и патогенетическую направленность оказываемой терапии.

По данным психиатров разных стран, около половины коечного фонда психиатрических стационаров занимают большие шизофренией [3, 7]. Учитывая хроническое течение болезни, неблагоприятный прогноз и высокий процент инвалидизации, повышение эффективности диагностики и лечения остается одной из важнейших задач психиатрической науки. В области дифференциальной диагностики шизофрении обязательным является установление общих признаков и принципиальных различий с органическим шизофреноподобным расстройством. Решение указанной задачи и было целью выполненного специального исследования.

Проводился сравнительный анализ результатов клинического и экспериментально-психологического обследования пациентов, находящихся на стационарном лечении в различных отделениях Харьковской областной психиатрической больницы № 3. В первую группу вошли 30 пациентов обоего пола, страдающих параноидной формой шизофрении. Средний возраст больных составлял  $32,95 \pm 2,29$  года, возраст к началу заболевания  $21,57 \pm 1,49$  года, длительность заболевания  $11,35 \pm 2,31$  лет. Количество госпитализаций в психиатрические стационары, в среднем, достигало  $7,62 \pm 1,42$ .

Вторая группа включала 28 пациентов обоего пола, страдающих органическим шизофреноподобным расстройством. Средний возраст больных составлял  $46,67 \pm 2,70$  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  $5,38 \pm 1,14$ . Уровень социально-трудовой адаптации у пациентов обеих групп был близок и характеризовался стремлением к сотрудничеству, однако

психическое состояние было не вполне устойчиво и периодически возникали нарушения поведения.

Было проведено исследование операционно-мнестической, зрительно-перцептивной, мотивационно-волевой, идеаторной, эмоциональной, личностной дисфункции, обусловленной шизофренией как эндогенным процессом (первая группа) и шизофреноподобным органическим поражением головного мозга (вторая группа). Применялись шкала PANSS, психодиагностические методики, в частности: проба на запоминание 10 слов; исследование самооценки по методике Дембо — Рубинштейн; индивидуальный типологический опросник (ИТО); картины Поппельрейтера; незавершенные контуры предметов; тест зрительной ретенции Бентона; отыскивание чисел по таблицам Шульте; отсчитывание по Крепелину; методика «исключение четвертого», а также компьютеризированный метод исследования времени сенсомоторной реакции и межполушарных функциональных асимметрий (SEAGULL) [1, 2, 4]. Для оценки статистической достоверности различий между группами использовался *t*-критерий Стьюдента.

Клинико-психопатологический статус оценивался по шкале PANSS. Так, дезориентация в обстановке (включая место, время, личности окружающих людей и пр.) у пациентов с шизофренией фактически отсутствовала, а у больных с органической природой психоза отмечалась на умеренном уровне выраженности; данное различие оказалось, в статистическом плане, высокодостоверным ( $p < 0,001$ ). Нарушения внимания при клиническом осмотре выявлялись в обеих группах, однако при шизофрении они были выражены в незначительной степени, тогда как при органическом шизофреноподобном расстройстве представляли собой существенно более серьезную проблему ( $p < 0,001$ ), которая проявлялась неустойчивой концентрацией, повышенной отвлекаемостью и истощаемостью пациентов.

Выраженность бредовых идей также оказалась существенно выше в группе с органическим шизофреноподобным расстройством ( $p < 0,01$ ). С нашей точки зрения, это различие обусловлено большей тревожностью таких больных ( $p < 0,05$ ), склонностью к ипохондрическим переживаниям и фиксациям ( $p < 0,001$ ), напряженностью депрессивного аффекта ( $p < 0,01$ ). Необходимо отметить, что по своему содержанию бредовые переживания не имели принципиальных различий, позволяющих надежно использовать этот признак для дифференциальной диагностики. Можно отметить лишь более заметную иррациональность, неправдоподобность и алогичность умозаключений больных шизофренией, более грубые семантические разрывы и нелепости в бредовых построениях пациентов этой группы. Уплотнение аффекта, снижение способности к эмоциональному ответу, бедность мимики и жестикуляции, невыразительность эмоциональных модуляций также были значительно более присущи пациентам, страдающим шизофренией ( $p < 0,001$ ). Следует отметить, что у пациентов с шизофреноподобным расстройством аналогичный признак чаще проявлялся однообразием и стереотипностью, чем полной утратой выразительности.

Аутизація, ескапізм, «уход в переживання» були більш характерні для хворих шизофренією ( $p < 0,05$ ), однак періодично виявлялись і у пацієнтів з органічною патологією головного мозку, переважно на фоні іпохондричної фіксованості, тривожності, депресії або різних поєднань вказаних радикалів. Звуження кола соціальних інтересів, безініціативність, ігнорування повсякденної діяльності не було клінічно значимим в групі з органічним шизофреноподібним розладом, в той час як у хворих шизофренією даний ознак виявлявся значно частіше ( $p < 0,05$ ).

В результаті проби на запоминання 10 слів також виявлені відмінності між досліджуваною групами. Пацієнти, страждаючі шизофренією, в трьох із п'яти спроб правильно відтворили стимульні слова достовірно частіше ( $p < 0,05$ ). Вказане відміння зростало від початку до кінця проби, що є підтвердженням більшої витривалості уваги і більш вираженої мнестическої дисфункції в групі з органічним шизофреноподібним розладом.

В цій же групі при розпізнаванні зображень на картинах Поппельрейтера суттєво частіше виявлялись труднощі з називанням опознаного предмету ( $p < 0,001$ ). Крім того, пацієнти з органічною патологією частіше признавали власну неспроможність виконати завдання ( $p < 0,05$ ); відповідно, відсоток вірних відповідей в цій групі також був нижче ( $p < 0,05$ ).

Аналогічна закономірність виявлена при виконанні проби на розпізнавання об'єктів з незавершеними контурами. Хворі шизофренією успішніше ідентифікували зображення ( $p < 0,01$ ), рідше виявляли неспроможність до виконання завдання ( $p < 0,05$ ), допускали достовірно менше помилок розпізнавання образів ( $p < 0,01$ ) і значно рідше сприймали труднощі з актуалізацією названня ідентифікованого предмету ( $p < 0,001$ ).

Методика відлікування по Крепеліну від 100 до 7 виявила достовірне зменшення кількості кроків, необхідних пацієнтам для завершення завдання, в групі з органічним шизофреноподібним розладом ( $p < 0,05$ ). Тут існує тенденція «перепрыгивать через десятку», котра, в свою чергу, пояснюється більшою, ніж в групі порівняння, вираженістю порушень уваги і прагненням до швидкого завершення завдання (навіть ціною зниження концентрації і якості виконання).

Дослідження самооцінки по Дембо — Рубінштейн дозволило встановити, що в групі з шизофренією оцінка власних психологічних властивостей була значно більш утрированою (частіше з обох сторін одночасно) і менш реалістичною, ніж в групі порівняння. Найбільші відхилення відзначались в самооцінці здоров'я, характеру, спокійності і умовних здібностей. Однак, навіть за цими шкалами виявлені відмінності не досягли ступеня статистическої значимості (в першу чергу, через велику дисперсію результатів у хворих шизофренією). Таким чином, в даному випадку можна говорити лише про тенденції до змін.

Говорячи про особливості мислення, виявляються в методіці «виключення четвертого», в першу чергу слід відзначити наступне. В групі з органічним шизофреноподібним розладом спостерігалось значне зниження, порівняно з альтернативною вибіркою, рівня абстрагування і категоризації,

домінувало конкретне мислення ( $p < 0,001$ ). Відповіді пацієнтів «органіческою» групою в багатьох випадках носили ситуаційний, наочно-дійсний характер, відрізнялись однорідністю і стереотипністю підходу до рішення завдань, узость кола знайдених критеріїв, загальної ригідністю, неспроможністю вийти за межі шаблону ( $p < 0,001$ ). В порівнянні з цією вибіркою, група хворих шизофренією частіше допускала класичні помилки соскальзання і паралогізми, виявляла втрату логіческою послідовності висновків, чередування якісно різних рівнів категоризації поза будь-якої залежності від об'єктивної складності завдання ( $p < 0,001$ ). Саме різноманітність відповідей, аморфність або розпад логіческою ієрархії суттєвого — второстепенного, парадоксальна результативність, надмірно «широкополосна» категоризація, непередбачуваність ступеня адекватності відповіді, — виявились однією з найбільш специфічних відмінних ознак шизофреніческою процесу ( $p < 0,001$ ).

При органічному шизофреноподібному розладі частіше зустрічалась друга тенденція, особливо помітна при використанні невербального, карткового варіанта «виключення». Як ознак невідповідності загальному набору, т. є. «лишнього» предмету, пацієнти виключають більш одного зображення ( $p < 0,05$ ). При цьому вони не завжди можуть пояснити свій вибір, обмежуючись заявою сумнівів в однорідності стимульних об'єктів. Навіть при формально-вірній відповіді хворі виявляють труднощі з аргументацією рішень. Їх коментарі переповнені міжометіями, словами-паразитами, зв'язками паузами; відзначається різке збіднення словникового запасу і синтаксическою організації мови. Нерідко обґрунтування обмежується стереотипно повторюваними фразами типу «я так думаю», «мені так здається», «це і так зрозуміло» і т. п.

В обох групах спостерігаються значні і різноманітні порушення одного з найважливіших компонентів мислення — його динаміки. Так, для хворих шизофренією характерно нерівномірне збільшення темпа, прискорене формування асоціацій, частіше лише «слабо» пов'язаних з змістом стимулів, а також спонтанна переключуваність, котра в ряді випадків свідчить про відсутність цілеспрямованості і мотивації пацієнта до виконання інструкцій ( $p < 0,001$ ). Група з органічним шизофреноподібним розладом, навпаки, виявляє чітке зниження темпа мислительної діяльності, торпідність і обставленість мислення. Необхідно підкреслити, що дефіцит реальної мислительної продуктивності помітний уже на етапі клініческою опитування: відповіді пацієнта маліформативні, а іноді і взагалі бессодержательні. Хворі цієї групи стосуються до виконання завдання з утрированою добросовістю, однак це призводить лише до швидкого виснаження і астенизації ( $p < 0,001$ ). В групі хворих шизофренією порушення мотиваційних компонентів мислення проявляються відкритим відсутнім інтересом до бесіди, нецелеспрямованістю висновків, тенденцією стосуватись до співрозмовника не як до суб'єкту, а лише як до об'єкту-слухача. Слід також відзначити, що присутнє таким хворим вичерпане резонанс, безперервно продуцируемое з назидательними або «філософськими» інтонаціями і супроводжується тематическою «скачкою» (слід за спонтанно з'являючимися асоціаціями), в ряді випадків легко диференціювати з зв'язкою обставленістю монотематическою резонансу при органіческою патології ЦНС.

Тест зрительной ретенции Бентона пациенты, страдающие шизофренией, в сравнении с альтернативной группой выполняют успешней — объем запоминания у них более сохранен и, соответственно, выше среднее количество правильно воспроизведенных геометрических стимулов ( $p < 0,01$ ). Очевидно, что указанное различие обусловлено большей частотой и выраженностью нарушений памяти в группе с органическим шизофреноподобным расстройством. При органической патологии значимо чаще встречались ошибочные воспроизведения фигур ( $p < 0,05$ ). Важной графической характеристикой рисунков при заболеваниях органического генеза является тенденция к макро- и особенно к микрографии, т. е. к значительному изменению масштаба по сравнению с образцом ( $p < 0,05$ ), а также волнистый или зигзагообразный тремор линий, несовпадение точек пересечения, разомкнутость контуров фигур ( $p < 0,05$ ).

При отыскивании чисел по таблицам Шульце больные органическим шизофреноподобным расстройством обнаружили достоверно более низкий темп выполнения пробы по сравнению с больными шизофренией ( $p < 0,01$ ). Кроме того, в группе с органической патологией отмечается обусловленное истощаемостью возрастание времени, затрачиваемого на каждую последующую карту, а в группе с шизофреническим психозом имеет место противоположная тенденция, т. е. определенная вработываемость и постепенное сокращение затрачиваемого времени. Изменение инструкции и установка на поиск только нечетных чисел вызывали, несмотря на объективное уменьшение объема задания, значительные затруднения у пациентов с органическими нарушениями. Так, необходимое для выполнения измененной инструкции время значительно превышало соответствующий показатель в группе больных шизофренией ( $p < 0,001$ ). Очевидная причина данного различия заключается в том, что необходимость одновременного соблюдения нескольких (в данном случае двух) критериев резко усложняет деятельность больных органическими расстройствами, быстро истощая саморегуляторные ресурсы и превышая способность больных к переключению, адаптации, своего рода «акомодации» внимания к новым условиям.

Анализ результатов Индивидуального типологического опросника (ИТО) показывает некоторое превышение по шкалам аггравации, экстраверсии, спонтанности и тревожности у пациентов, страдающих психозами органической природы. Однако уровня статистической значимости эти различия не достигают, т. е. больные шизофренией и органическим шизофреноподобным расстройством обнаруживают схожую структуру индивидуально-типологических особенностей.

Компьютеризированный метод исследования времени сенсомоторной реакции и межполушарных функциональных асимметрий (SEAGULL) позволил установить, что в группе с органическим шизофреноподобным расстройством достоверно ниже скорость реакции на световой стимул ( $p < 0,05$ ), а также скорость реакции в пробах с усложнением задания, когда необходимо учитывать дополнительное условие (несовпадение направления стрелки и пускового стимула) ( $p < 0,05$ ). В данном случае аппаратный диагностический метод объективно подтверждает закономерности и функциональные различия, полученные с помощью традиционных нейропсихологических тестов.

Проведенное исследование позволяет обнаружить сходство рассматриваемых нозологических форм в клинической симптоматике и структуре личностных

особенностей. Однако именно «органический фактор» четко разделяет группы, что достоверно подтверждается классическими пато- и нейропсихологическими пробами. Следовательно, для точной дифференциальной диагностики необходимым и достаточным является применение инструментария, заимствованного у смежной дисциплины, а именно у медицинской психологии. Таким образом, междисциплинарное сотрудничество расширяет возможности проведения патогенетически обоснованной терапии и повышения качества оказываемой психиатрической помощи [6].

#### Список литературы

1. Блейхер В. М. Патопсихологическая диагностика / Блейхер В. М., Крук И. В. — К.: Здоров'я, 1986. — 279 с.
2. Вассерман Л. И. Методы нейропсихологической диагностики / Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. — СПб.: Стройлеспечать, 1997. — 303 с.
3. Жариков Н. М. Психиатрия / Жариков Н. М., Урсова Л. Г., Хритин Д. Ф. — М.: Медицина, 1989. — 496 с.
4. Зейгарник Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. — 285 с.
5. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров / Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. — Дания: ВОЗ, 2006. — 185 с.
6. Психиатрия: Национальное руководство; под ред. Ю. А. Александровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 992 с.
7. Strayhorn J. M. Foundations of clinical psychiatry / J. M. Strayhorn. — Chicago-London: Year Book Med. Publish., 1984. — 590 p.

Надійшла до редакції 31.08.2010 р.

**В. Є. Гончаров**

*Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)*

#### **Порівняльний аналіз клінічної картини органічного шизофреноподібного розладу і шизофренічного психозу**

Досліджені дві групи пацієнтів, що перебувають на лікуванні в стаціонарі і страждають шизофренією та органічним шизофреноподібним розладом. Оцінку клінічного стану проводили за шкалою PANSS. Вивчення нейропсихологічних особливостей здійснювали за допомогою батареї психодіагностичних тестів. Отримані результати виявляють спорідненість двох досліджуваних нозологічних форм за клінічною симптоматикою та структурою особистості. Встановлено, що саме «органічний фактор», який виявлений класичними пато- і нейропсихологічними пробами, дозволяє чітко виокремити групи. На основі отриманих даних встановлені критерії, які мають вирішальне диференціально-діагностичне значення.

*Ключові слова:* шизофренія, органічний шизофреноподібний розлад, клініка, діагностика.

**V. E. Goncharov**

*Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)*

#### **Comparative analysis of the clinical picture of organically schizophrenic's similar disorder and schizophrenic psychosis**

Two groups of patients, during the stationary treatment, which suffer schizophrenia and organic delirious disorder, were inspected. The estimation of clinical state was conducted through the scale PANSS. The study of neuropsychological special features with the aid of a number of diagnostic tests was accomplished. Results which are obtained reveal the similarity of data of nosologic forms in the clinical symptomatology and the structure of the personal special features. It is established that the precisely organic factor, revealed by classical neuropsychological and pathopsychological tests, makes it possible to clearly divide the groups. On the basis obtained given are determined the criteria, which have the decisive differential-diagnostic value.

*Keywords:* schizophrenia, organically schizophrenic's similar disorder, clinic, differential diagnostics.