

О. О. Молчанова

НЕЙРОКОГНІТИВНИЙ ДЕФІЦИТ І СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ
ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

molchanovae17@ukr.net

Актуальність. Шизофренія є одним із найпоширеніших психічних розладів, який призводить до несприятливих соціальних та економічних наслідків. На сучасному етапі розвитку експериментальної та клінічної психіатрії фокус уваги науковців та лікарів зміщується від усунення психотичних симптомів шизофренії до мети «одужання» (recovery). Важливим кроком для зниження інвалідності є визначення детермінант низького рівня функціонального результату, які перешкоджають успішній соціальній адаптації. На сьогодні нейрокогнітивний дефіцит вважають фундаментальною ознакою шизофренії (core feature). Дане твердження обґрунтовують стабільністю дефіциту когнітивних функцій, персистуванням когнітивного дефіциту незалежно від фази захворювання та інших симптомів шизофренії.

Мета дослідження – вивчення клініко-психопатологічної структури соціального та когнітивного функціонування хворих на параноїдну шизофренію.

Матеріали та методи. Пацієнти, що відповідали критеріям включення, були оцінені за шкалою оцінки позитивних та негативних симптомів (PANSS), шкалою персонального та соціального функціонування (PSP), а також за нейропсихологічними методиками відповідно до консенсусної когнітивної батареї тестів ініціативи MATRICS. Також за нейропсихологічними методиками ми оцінили включених у дослідження здорових осіб з метою оцінки нейрокогнітивного профілю пацієнтів із шизофренією.

Результати. Порухення за ознаками шкали PANSS, які склали групу когнітивних порушень відповідно до авторської класифікації В. А. Вербенко, були більш вираженими, ніж за іншими ознаками шкали. Загальний середній бал за шкалою PSP склав $49,50 \pm 7,82$ балів. Найбільш виражені порушення спостерігали у сферах соціально корисної діяльності, включаючи роботу та навчання ($4,09 \pm 0,61$), стосунки з близькими та інші соціальні відносини ($3,26 \pm 0,71$). Найбільш виражені статистично достовірні ($p < 0,05$) порушення були виявлені при виконанні тесту послідовних з'єднань частин А та В. Також спостерігали статистично значимо більшу кількість персеверативних помилок, помилок утримання рахунку та меншу кількість пройдених категорій при виконанні Вісконсинського тесту розкладки карток. Пацієнти із параноїдною шизофренією частіше, ніж здорові особи, не завершували виконання нейрокогнітивних тестів, що було обумовлено нездатністю продовжувати далі тест.

Висновки. Отримані нами результати вказують на актуальність пошуку методів корекції когнітивних порушень у пацієнтів із параноїдною шизофренією. Виявлення домінуючих нейрокогнітивних порушень дозволить більш спрямовано розробляти програми нейрокогнітивного відновлення, що сприятиме підвищенню рівня повсякденного функціонування цієї групи пацієнтів.

Ключові слова:параноїдна шизофренія,
нейрокогнітивний
дефіцит, соціальне
функціонування.

Актуальність. На сучасному етапі розвитку експериментальної та клінічної психіатрії фокус уваги науковців та лікарів зміщується від усунення психотичних симптомів шизофренії до мети «одужання» (recovery). Під одужанням слід розуміти досягнення незалежного проживання, навчальної та трудової адаптації, задоволення міжперсональними стосунками [1]. Важливим кроком для зниження інвалідності є визначення детермінант низького рівня функціонального результату, які перешкоджають успішній

соціальній адаптації. Однією із найвагоміших детермінант функціонального результату пацієнтів із шизофренією є нейрокогніція, що включає в себе такі домени як швидкість обробки інформації, увага, робоча пам'ять, зорова та слухова пам'ять, судження та вирішення проблем [2].

Е. Крепелін одним із перших вважав ключовим проявом захворювання, яке він називав «dementia praecox», порушення когнітивних процесів. Разом з тим, на той час існували деякі обмеження у дослідженні когніцій.

Оцінка когнітивного профілю здійснювалась лише на основі клінічного досвіду та спостережень. Цим мабуть було обумовлено твердження Є. Блейлера про те, що пацієнти із шизофренією мають навіть кращу пам'ять на події, а «забудкуватість», що спостерігається час від часу, обумовлена дезорганізацією. Цей висновок ґрунтувався на даних, отриманих під час клінічного інтерв'ю. Не існувало стандартизованого стимульного матеріалу для дослідження когніцій, об'єктивного оцінювання, порівняння даних із показниками здорових осіб. Ці інтерв'ю та самооцінки призводили до низької валідності оцінки когнітивного функціонування [3].

Застосування психометричних та експериментальних методів дозволило достовірно виявляти порушення когнітивного функціонування і стало важливою передумовою більш повного та точного розуміння когніцій при шизофренії. Особливим аспектом дослідження уваги хворих на шизофренію стало вивчення такого параметра як селективність. У багатьох клінічних описах зазначались труднощі у ігноруванні не релевантних поточній діяльності стимулів, тобто йшлося про порушення селективності уваги чи дефект «фільтра». Використовували також термін «підвищене відволікання» («distractibility»). W. E. Broenta & L. H. Storms висловили гіпотезу, що наслідком вищезазначених порушень уваги є особливості мислення хворих на шизофренію, обумовлені труднощами організації інформації і, як наслідок, порушенням вибірковості її відтворення [4].

Також у 70-ті роки ХХ сторіччя дещо змінилися погляди дослідників на пам'ять у хворих на шизофренію. Тривалий час відсутність мнестичних труднощів вважали однією із диференційно-діагностичних ознак шизофренії. Однак з'явилися роботи, у яких дослідники описували дефект здатності до утримання інформації, тобто дефект короткотривалої пам'яті. Труднощі у плануванні дій, нездатність вибірково опрацювати інформацію пояснювали уже з погляду порушення короткотривалої робочої пам'яті [4].

Надалі застосування нейропсихологічних тестових батарей, розроблених для клінічної оцінки хворих на шизофренію та порівняння із здоровими, дозволило отримати велику кількість даних, що демонструють наявність когнітивних порушень у цієї групи пацієнтів. За даними одних авторів, когнітивні порушення спостерігаються у 75 % хворих на параноїдну шизофренію [5], за даними інших – у 95 % [6]. Слід зазначити, що частина хворих на шизофренію має оцінку загального інтелекту, зіставну із здоровими людьми, однак виявляє порушення при виконанні специфічних завдань нейрокогнітивного тестування.

На сьогодні нейрокогнітивний дефіцит вважають фундаментальною ознакою шизофренії (core feature). Дане твердження обґрунтовують стабільністю дефіциту когнітивних функцій, персистуванням когнітивного дефіциту незалежно від фази захворювання та інших симптомів шизофренії. Однак дослідники зазначають, що невирішеними залишаються питання можливості персоналізації заходів, спрямованих на когнітивне відновлення, та дослідження впливу тривалості захворювання на ефективність нейрокогнітивних тренувань.

Мета – обґрунтування напрямків диференційованого нейрокогнітивного відновлення хворих на параноїдну

шизофренію шляхом вивчення їх клініко-психопатологічної структури, соціального та когнітивного функціонування.

Матеріали та методи дослідження

Методом суцільної вибірки за умови інформованої згоди здійснювали набір пацієнтів та їх оцінку відповідно до критеріїв включення та виключення з дослідження. На першому етапі ми проводили клінічне обстеження пацієнтів із шизофренією для виявлення психопатологічної структури захворювання та вивчення соціально-демографічних характеристик пацієнтів. Для цього ми використовували метод структурованого інтерв'ю із застосуванням спеціально розробленої карти обстеження пацієнта з параноїдною шизофренією.

На другому етапі виконання роботи усіх пацієнтів оцінювали за допомогою шкали оцінки позитивних та негативних симптомів (PANSS), шкали персонального та соціального функціонування (PSP), а також нейропсихологічних методик відповідно до консенсусної когнітивної батареї тестів ініціативи MATRICS для виявлення особливостей когнітивного функціонування з метою подальшого використання цих даних при обґрунтуванні та розробці диференційованого комплексу заходів нейрокогнітивного відновлення цієї групи хворих. Також за нейропсихологічними методиками ми оцінювали включених у дослідження здорових осіб з метою порівняння нейрокогнітивного профілю пацієнтів із шизофренією та здорових осіб. Для дослідження когнітивного функціонування ми використовували комп'ютеризовану батарею нейропсихологічних тестів «Нейродіагностикум» (Об'єдков В. Г., Гелда А. П., Білоруський державний медичний університет, № державної реєстрації 20071850). Ця батарея тестів дозволяє виявити порушення у таких доменах когнітивного функціонування як швидкість обробки інформації (speed of processing), увага/пильність (attention/vigilance), робоча пам'ять (working memory), зорова пам'ять та навчання (visual learning and memory) (рос. научение), слухова пам'ять та навчання (verbal learning and memory), здатність до міркування та вирішення проблем (reasoning and problem solving).

Результати та їх обговорення

Критеріям включення відповідав 71 пацієнт, в тому числі 34 жінки (47,9 %) та 37 (52,1 %) чоловіків. Середній вік становив $38,8 \pm 9,5$ років: середній вік чоловіків був $38,1 \pm 8,5$ років, жінок – $39,4 \pm 10,3$ років. Серед обстежених хворих на параноїдну шизофренію кількість осіб, які перебувають у шлюбі, становила 14 (19, %) чоловік, розлучених було 11 (15,5 %) осіб. Решта пацієнтів (46 осіб (64,8 %)) ніколи не були одруженими чи заміжними. Більшість пацієнтів мали середню та середню спеціальну освіту (23 (32,3 %) та 28 (39,4 %) відповідно). Лише 12 (16,9 %) обстежених мали вищу та 8 (11,3 %) – незавершену вищу освіту. На момент обстеження 64 (90,1 %) пацієнти не працювали. Більшість з них мали інвалідність за психічним захворюванням – 55 (77,5 %). Середня тривалість перебування на інвалідності становила $7,8 \pm 7,1$ років.

За тривалістю захворювання (час від встановлення діагнозу відповідно до дослідницьких діагностичних кри-

терії МКХ-10 рубрики F20.0 «параноїдна шизофренія») пацієнти були поділені наступним чином: 37 (52,1 %) мали стаж захворювання до 10 років, 34 (47,9 %) – 10 і більше років. Слід зазначити, що середня тривалість перебування під диспансерним наглядом становила $13,3 \pm 8,2$ роки, тоді як наявність у пацієнта психічного розладу, що відповідає дослідницьким діагностичним критеріям МКХ-10 рубрики F20.0 «параноїдна шизофренія», становила $11,7 \pm 8,4$ років. Обтяжена спадковість була виявлена у 17 (23,9 %) пацієнтів.

При обробці медичної документації було встановлено, що у більшості пацієнтів ($n=50$; 70,4 %) було менше 10 госпіталізацій з приводу загострення психотичної симптоматики. Підтримувальне лікування постійно приймали 40 (56,3 %) пацієнтів, 12 (16,9 %) приймали ліки епізодично, 19 (26,8 %) не виконували рекомендацій щодо підтримувального лікування. У більшості випадків препаратами для підтримувального лікування були типові антипсихотики – у 40 (56,3 %) обстежених. Із них пролонговані форми отримували 15 (37,5 %) пацієнтів, непродлонговані форми – 2 (5,0 %), комбінацію пролонгованих і непродлонгованих типових антипсихотиків – 6 (15,0 %), комбінацію типових антипсихотиків з атипівими – 17 (42,5 %). У якості монотерапії атипіві антипсихотики приймали лише 12 (16,9 %) пацієнтів. 4 (5,6 %) пацієнти використовували комбінацію нейролептиків з іншими психотропними препаратами (антидепресанти, анксиолітики, стабілізатори настрою).

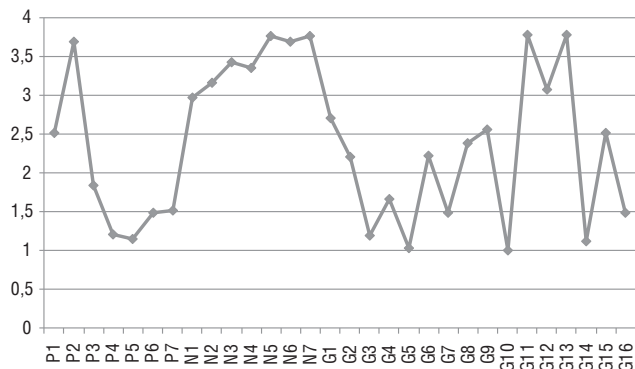


Рис. 1. Виразність продуктивних, негативних та загальних психопатологічних симптомів у пацієнтів за шкалою PANSS при включенні у дослідження ($n=71$)

Для оцінки ступеня вираженості психопатологічної симптоматики у обстежених хворих ми використовували шкалу PANSS (рис. 1).

Загальний бал за шкалою PANSS склав $72 \pm 8,7$ бали. Композитний індекс склав -10,7 балів, що свідчить про переважання у обстежених пацієнтів негативної симптоматики над позитивною. Найбільш виражені порушення (більше трьох балів) спостерігались у P2 (дезорганізація мислення), N2 (емоційна відгородженість), N3 (труднощі у спілкуванні), N4 (пасивно-апатична соціальна відгородженість), N5 (порушення абстрактного мислення), N6 (порушення спонтанності і плавності мислення), N7 (стереотипне мислення), G11 (порушення уваги), G12 (зниження критики до свого стану), G13 (розлади волі) (рис. 1). Для додаткової оцінки когнітивного профілю, а також можливості використання з метою диференціювання заходів, спрямованих на когнітивне відновлення, ми також окремо винесли деякі ознаки шкали PANSS, які склали групу когнітивних порушень відповідно до авторської класифікації В. А. Вербенко [7]: P2 (концептуальна дезорганізація мислення), N5 (порушення абстрактного мислення), N7 (стереотипність мислення), G11 (труднощі концентрації уваги), G12 (порушення розсудливості та усвідомлення власної хвороби), G13 (вольові порушення), G15 (соціальна активність) (рис. 2). Порушення за всіма вищезазначеними ознаками шкали PANSS були більш вираженими, ніж за іншими ознаками шкали. Це підтверджує необхідність пошуку методів корекції когнітивних порушень у пацієнтів із параноїдною шизофренією.

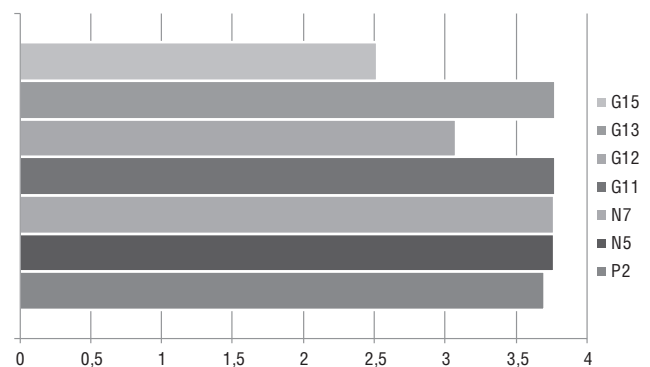


Рис. 2. Оцінка за ознаками шкали PANSS, які склали групу когнітивних порушень відповідно до авторської класифікації В. А. Вербенко ($n=71$)

Таблиця 1. Результати кореляційного аналізу виразності психопатологічної симптоматики та рівня соціального функціонування

Показники	PSP область а	PSP область б	PSP область с	PSP область d	Загальний бал PSP
P2	0,423*	0,475*	0,331*	0,151	-0,591*
N5	0,156	0,314*	0,117	0,125	-0,309*
N7	0,327*	0,479*	0,253*	0,142	-0,528*
G11	0,314*	0,377*	0,411*	0,231	-0,516*
G12	0,286*	0,496*	0,297*	0,371*	-0,541*
G13	0,350*	0,290*	0,421*	0,229	-0,410*
G15	0,492*	0,569*	0,416*	0,307*	-0,725*
Позитивні	0,475*	0,499*	0,230	0,268*	-0,663*
Негативні	0,451*	0,506*	0,355*	0,295*	-0,610*
Загальні психопатологічні	0,534*	0,679*	0,385*	0,282*	-0,723*
Загальний бал PANSS	0,5897*	0,719*	0,421*	0,363*	-0,828*

Примітка. * – статистично значима оцінка коефіцієнта кореляції ($p < 0,05$).

Загальний середній бал за шкалою PSP склав 49,50±7,82 балів. Найбільш виражені порушення у хворих на параноїдну шизофренію спостерігали у сферах соціально корисної діяльності, включаючи роботу та навчання (4,09±0,61), стосунки з близькими та інші соціальні відносини (3,26±0,71).

Усі ознаки за шкалою PANSS, які склали групу когнітивних порушень відповідно до авторської класифікації В. А. Вербенко, мали прямі кореляційні зв'язки між областю b соціального функціонування – стосунки з близькими та інші соціальні відносини. Прямий кореляційний зв'язок також був виявлений між областями соціального функціонування a – соціально корисна діяльність, включаючи роботу та навчання, c – догляд за собою, та вищезазначеними ознаками шкали PANSS окрім N5 (порушення абстрактного мислення). Найбільш виражений обернено пропорційний кореляційний зв'язок було виявлено між загальним балом PSP та усіма ознаками шкали PANSS, які склали групу когнітивних порушень відповідно до авторської класифікації В. А. Вербенко (табл. 1). З вищенаведеного можна зробити висновок, що покращення когнітивного статусу сприятиме підвищенню рівня соціального функціонування.

Найбільш виражені статистично достовірні (p<0,05) порушення були виявлені при виконанні тесту послідовних з'єднань частин А та В (рис. 3), що свідчить про дефіцит

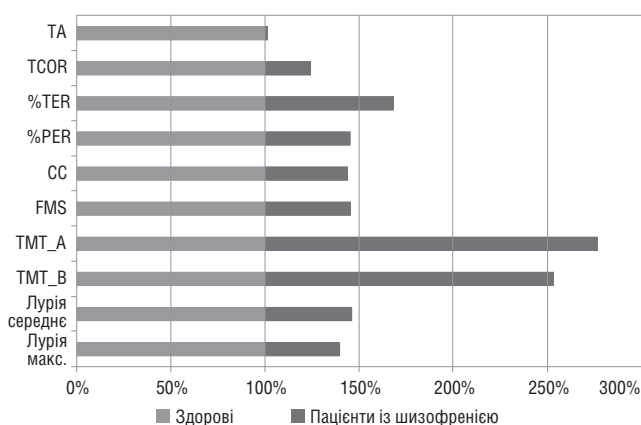


Рис. 3. Оцінка відхилень показників за нейрокогнітивними тестами пацієнтів із шизофренією відносно базового рівня здорових осіб, прийнятого за 100 %

робочої пам'яті, швидкості обробки інформації та уваги у пацієнтів із шизофренією. Слід зазначити, що 17 (23,95 %) обстежених із групи хворих на шизофренію не змогли завершити виконання частини В тесту послідовних з'єднань, тоді як серед здорових осіб цей тест не завершили 3 (7,2 %) особи. Також спостерігали статистично значимо більшу кількість персеверативних помилок, помилок утримання рахунку та меншу кількість пройдених категорій при виконанні Віконсинського тесту розкладки карток.

Пацієнти із параноїдною шизофренією частіше, ніж здорові особи, не завершували виконання нейрокогнітивних тестів, що було обумовлено нездатністю продовжувати тест далі (рис. 4). Так, при виконанні частини В тесту послідовних з'єднань пацієнти із параноїдною шизофренією значно частіше, порівняно із здоровими особами, мали труднощі у згадуванні попередньої цифри для того, щоб зробити наступний крок, що свідчить про дефіцит робочої пам'яті. Виконання Віконсинського тесту розкладки карток супроводжувалось труднощами в утриманні умови сортування та зниженням мотивації до виконання завдання при появі на екрані монітора повідомлення про помилку.

Висновки

У ході нашого дослідження виявлені порушення соціального функціонування у сферах соціально корисної

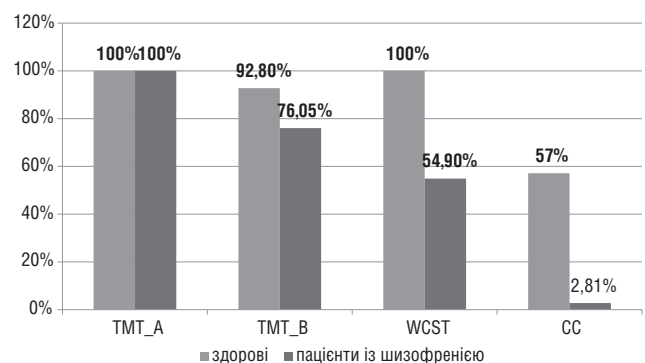


Рис. 4. Розподіл здорових осіб та пацієнтів із параноїдною шизофренією за завершенням виконання нейрокогнітивних тестів

Примітка. TMT_A – відсоток обстежених, які відмітили усі цифри частини А тесту послідовних з'єднань; TMT_B – відсоток обстежених, які відмітили усі цифри та літери частини В тесту послідовних з'єднань; WCST – відсоток обстежених, які пройшли 128 карток Віконсинського тесту розкладки карток або завершили 6 категорій; CC – відсоток обстежених, які завершили 6 категорій Віконсинського тесту розкладки карток.

Таблиця 2. Оцінка за нейрокогнітивними тестами пацієнтів із параноїдною шизофренією при включенні у дослідження та здорових осіб

Нейрокогнітивний тест	Пацієнти із шизофренією (n=71)		Здорові особи (n=42)		Різниця здорові-хворі (абс.)	Різниця здорові-хворі (у %)	p	
	M	SD	M	SD				
WCST	TA	101,59	36,96	106,29	22,35	-1,61	-1,51	0,786
	TCOR	57,32	21,75	77,93	9,54	-19,01	-24,39	0,0001 *
	% TER	42,32	14,53	25,21	8	17,23	68,36	0,0001 *
	% PER	20,6	9,6	14,2	5,42	6,44	45,34	0,0001 *
	CC	2,83	1,80	5,21	1,37	-2,29	-44,00	0,0001 *
	FMS	0,73	0,83	1,29	1,33	-0,59	-45,56	0,004 *
TMT_A	153,6	84,06	55,86	17,27	98,69	176,69	0,0001 *	
TMT_B	294,9	121,63	116,38	83,84	178,57	153,43	0,0001 *	
Тест Лурія	середнє	3,76	0,98	7	0,68	-3,24	-46,29	0,0001 *
	максимальне	5,63	1,34	9,36	0,5	-3,73	-39,83	0,0001 *

Примітки. 1. WCST – Віконсинський тест розкладки карток. TA (Trials administered) – кількість пред'явлених карток; TCOR (Total correct) – загальна кількість правильних відповідей; % TER – загальна кількість помилок у відсотках; % PER – кількість персеверативних помилок у відсотках; CC (Categories completed) – кількість пройдених категорій; FMS (failure to maintain set) – помилки утримання рахунку; TMT_A (Trial Making Test Part A) – тест послідовних з'єднань частина А; TMT_B (Trial Making Test Part B) – тест послідовних з'єднань частина В. 2. * – статистично значима оцінка коефіцієнта кореляції (p<0,05).

діяльності, включаючи роботу та навчання, стосунки з близькими та інші соціальні відносини. Встановлені кореляційні зв'язки між зазначеними сферами соціального функціонування та усіма ознаками шкали PANSS, які склали групу когнітивних порушень відповідно до авторської класифікації В. А. Вербенко. Також виявлені дефіцит робочої пам'яті, зниження швидкості обробки інформації та недостатність уваги у пацієнтів із шизофренією. Отже, профіль когнітивного функціонування є прогностично важливим чинником соціальної адаптації хворих на параноїдну шизофренію, а також орієнтиром при визначенні напрямків диференційованого нейрокогнітивного відновлення таких пацієнтів. Виявлення домінуючих нейрокогнітивних порушень дозволить більш спрямовано розробляти програми нейрокогнітивного відновлення, що сприятиме підвищенню рівня повсякденного функціонування цієї групи пацієнтів. Отримані дані узгоджуються із сучасними уявленнями про модель формування функціонального результату, зокрема з твердженням про те, що нейропсихологічний профіль розглядається як фундаментальний рівень функціонального результату.

Список використаної літератури

1. Neurocognitive correlates of recovery from schizophrenia / A. Kopelowicz, R. P. Liberman, J. Ventura [et al.] // *Psychol Med.* – 2005. – Vol. 35, issue 8. – P. 1165–1173.
2. Kar S. K. Current understandings about cognition and the neurobiological correlates in schizophrenia / S. K. Kar, M. J. Jain // *Neurosci Rural Pract.* – 2016. – Vol. 7, issue 3. – P. 412–418. DOI: 10.4103/0976-3147.176185.
3. Cognitive impairment in schizophrenia: characteristics, assessment and treatment / editor P. D. Harvey. – Cambridge: Cambridge University Press, 2013. – 328 p.
4. Гуревич Г. Л. Нейропсихологическая коррекция когнитивных нарушений как часть психотерапии при шизофрении / Г. Л. Гуревич, О. В. Рычкова // *Неврологический вестник.* – 2012. – Т. XLIV, вып. 1. – С. 68–75.
5. Keefe R. S. Defining a cognitive function decrement in schizophrenia / R. S. Keefe, C. E. Eesley, M. P. Poe // *Biol Psychiatry.* – 2005. – Vol. 57, issue 6. – P. 688–691. DOI: 10.1016/j.biopsych.2005.01.003.
6. Вербенко В. А. Нейрокогнитивные расстройства при шизофрении: монография / В. А. Вербенко. – Симферополь: ООО ДИАИПИ, 2007. – 132 с.

References

1. Kopelowicz, A., Liberman, R. P., Ventura, J., Zarate, R., & Mintz, J. (2005). Neurocognitive correlates of recovery from schizophrenia. *Psychol Med*, vol. 35, issue 8, pp. 1165–1173.
2. Kar, S. K., & Jain, M. (2016). Current understandings about cognition and the neurobiological correlates in schizophrenia. *J Neurosci Rural Pract*, vol. 7, issue 3, pp. 412–418. DOI: 10.4103/0976-3147.176185.
3. Harvey, P. D. (Ed.). (2013). *Cognitive impairment in schizophrenia: characteristics, assessment and treatment*. Cambridge: Cambridge University Press, 328 p.
4. Gurevich, G. L., & Rychkova, O. V. (2012). Neyropsikhologicheskaya korektsiya kognitivnykh narusheniy kak chast psikhoterapii pri shyzofrenii [Neuropsychology correction of cognitive disorders as part of the psychotherapy in schizophrenia]. *Nevrologicheskij vestnik – Neurological Journal*, vol. XLIV, issue 1, pp. 68–75. (In Russian).
5. Keefe, R. S., Eesley, C. E., & Poe, M. P. (2005). Defining a cognitive function decrement in schizophrenia. *Biol Psychiatry*, vol. 57, issue 6, pp. 688–691. DOI: 10.1016/j.biopsych.2005.01.003.
6. Verbenko, V. A. (2007). *Neurocognitivnyye rasstroystva pri shyzofrenii* [Neurocognitive impairment in schizophrenia]. Simferopol: DIAIPI, 132 p. (In Russian).

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

О. О. Молчанова

Актуальность. Шизофрения является одним из наиболее распространенных психических расстройств, которое приводит к неблагоприятным социальным и экономическим последствиям. На современном этапе развития экспериментальной и клинической психиатрии фокус внимания ученых и врачей смещается от устранения психотических симптомов шизофрении к цели «выздоровление» (recovery). Важным шагом для снижения инвалидности является определение детерминант низкого уровня функционального результата, которые препятствуют успешной социальной адаптации. На сегодня нейрокогнитивный дефицит считают фундаментальным признаком шизофрении (core feature). Данное утверждение обосновывают стабильностью дефицита когнитивных функций, персистенцией когнитивного дефицита независимо от фазы заболевания и других симптомов шизофрении.

Цель исследования – изучение клинко-психопатологической структуры, социального и когнитивного функционирования больных с параноидной шизофренией.

Материалы и методы. Пациенты, которые соответствовали критериям включения, были оценены по шкале позитивных и негативных симптомов (PANSS), шкале персонального и социального функционирования (PSP), а также с использованием нейропсихологических методик в соответствии с консенсусной когнитивной батареей тестов инициативы MATRICS. Также с использованием нейропсихологических методик были оценены включенные в исследование здоровые лица с целью оценки нейрокогнитивного профиля пациентов с шизофренией.

Результаты. Нарушения по признакам шкалы PANSS, которые составили группу когнитивных нарушений соответственно авторской классификации В. А. Вербенко, были более выражены, чем по другим признакам шкалы. Общий средний бал по шкале PSP составил $49,50 \pm 7,82$ баллов. Наиболее выраженные нарушения наблюдали в сферах социально полезной деятельности, включая работу и обучение ($4,09 \pm 0,61$), отношения с близкими и другие социальные отношения ($3,26 \pm 0,71$). Наиболее выраженные статистически достоверные нарушения ($p < 0,05$) были выявлены при выполнении теста последовательных соединений частей А и В. Также наблюдалось статистически значимо большее количество perseverативных ошибок, ошибок удержания счета и меньшее количество пройденных категорий при выполнении Висконсинского теста раскладки карточек. Пациенты с параноидной шизофренией чаще, чем здоровые лица, не завершали выполнение нейрокогнитивных тестов, что было обусловлено неспособностью продолжать далее тест.

Выводы. Полученные нами результаты указывают на актуальность поиска методов коррекции когнитивных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией. Определение доминирующих когнитивных нарушений позволит более целенаправленно разрабатывать программы нейрокогнитивного восстановления, что будет способствовать повышению уровня ежедневного функционирования этой группы пациентов.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, нейрокогнитивный дефицит, социальное функционирование.

NEUROCOGNITIVE IMPAIRMENT AND SOCIAL FUNCTIONING IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

О. О. Molchanova

Background. Schizophrenia is one of the most prevalent psychiatric disorder leading to unfavorable social and economic consequences. On the current state of xperimental and clinic psychiatry the focus of attention have displaced from psychotic symptoms reduction to recovery goal. It is important to detect determinants which are obstacle for successful social adaptation. At present neurocognitive impairment is considered a core feature of schizophrenia. This statement is grounded on cognitive impairment stability, persistence of cognitive impairment independently of the disease stage and other symptoms of schizophrenia.

Objective – to study clinical and psychopathological features, social and cognitive functioning of patients with paranoid schizophrenia.

Materials and methods. Patients matched inclusion criteria were assessed with Positive and Negative Syndrome scale (PANSS), Personal and Social Performance scale (PSP), neuropsychological tests in accordance with MATRICS initiative cognitive tests battery. Healthy persons were assessed with neuropsychological tests as well for the purpose of estimation cognitive profile patients with schizophrenia.

Results. Disturbance in PANSS signs which comprised the group of cognitive disorders consistent with the author classification by V. A. Verbenko were more prominent than in other PANSS signs. The total PSP comprised $49,50 \pm 7,82$. The most pronounced disturbances were observed in socially useful activities ($4,09 \pm 0,61$) and personal and social relationships ($3,26 \pm 0,71$). The statistically significant disturbances in Trial Making Test were revealed as well ($p < 0,05$). There were large quantity of perseverative errors, failure to maintain set and less quantity of categories completed in Wisconsin Card Sorting Test performance. Patients with paranoid schizophrenia more often did not finish neurocognitive tests what was due to inability to continue the test.

Conclusions. The results we have obtained indicate the relevance of the search for cognitive remediation therapy. Detection the most declined aspects of cognition enable more purposefully cognitive remediation programs development. This will favor for rising everyday functioning level of this group patients.

Keywords: paranoid schizophrenia, neurocognitive deficiency, social functioning.

Стаття надійшла до редакції 14.07.2017 р.

МОЛЧАНОВА Олена Олександрівна, психіатр психоневрологічного відділення Ніжинської центральної міської лікарні ім. М. Галицького, м. Ніжин, Україна; e-mail: molchanovae17@ukr.net

МОЛЧАНОВА Елена Александровна, психиатр психоневрологического отделения Нежинской центральной городской больницы им. Н. Галицкого, г. Нежин, Украина; e-mail: molchanovae17@ukr.net

MOLCHANOVA Olena Oleksandrivna, psychiatrist of M. Galytskyi Nizhyn Central Hospital, Nizhyn, Ukraine; e-mail: molchanovae17@ukr.net