

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

**«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н. Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»**

Кафедра консультативной психологии

**ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ  
ПУБЕРТАТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**АВТОРЕФЕРАТ МАГИСТЕРСКОЙ РАБОТЫ**

Студентки 2 курса 266 группы  
направления 37.04.01 «Психология»

факультета психологии  
Пахомовой Светланы Александровны

Научный руководитель  
профессор, д. псих. н.

\_\_\_\_\_

подпись, дата

Т.В. Белых

Заведующий кафедрой  
профессор, д. псих. н.

\_\_\_\_\_

подпись, дата

Т. В. Белых

Саратов, 2019

## Введение

Нарушения когнитивных процессов при шизофрении (памяти, внимания, восприятия), описанные впервые еще Э. Крепеленом, до настоящего времени остаются предметом активного изучения. Современный этап междисциплинарного подхода к исследованию шизофрении характеризуется все более широким внедрением нейропсихологического и психометрического обследования в изучение когнитивных функций при эндогенной патологии, а когнитивные нарушения исследуются не только психиатрами, но и психологами, физиологами и другими специалистами (Э. Крепелин, Е. Блейлер, Б.В. Зейгарник, Ю.Ф. Поляков, В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Н.К. Корсакова, А.С. Аведисова, Л.П. Лассан, А.Н. Алехин, Л.И. Вассерман и др.). Словосочетание «нейрокогнитивные расстройства», возникшее впервые в контексте междисциплинарных исследований в целом, сегодня употребляется применительно и к шизофрении. Накоплено достаточно доказательств, что когнитивные изменения (дефицит) является важной составляющей болезни и не сводится к вторичным эффектам позитивных симптомов, лекарственной терапии и госпитализации, кроме того, отсутствует какая-либо корреляционная связь между успешностью лечения психотической симптоматики и социальной адаптацией больных, что отмечается не только специалистами, но и ближайшим окружением больного. Напротив, имеется четкая связь между адаптацией в повседневной жизни и состоянием когнитивной сферы больного (Магомедова М.В., 2000). Нейропсихологический метод исследования позволяет провести объективную оценку состояния высших психических функций больных, внося вклад в понимание патогенеза эндогенного заболевания.

В настоящее время общепризнанной является биологическая модель шизофрении, пришедшая на смену психо- и социогенной модели болезни, согласно которой, шизофрения – мультифакториальное заболевание с полигенным механизмом наследования, в причинную цепь которого входят как генетические факторы, так и факторы внешней и внутренней среды

индивида, включая особенности его психологического реагирования (М.Е. Вартанян, 1983; LI Gottesman, 1999; В.Е. Голимбет, 2003). Это означает, что такие факторы как тип течения заболевания, его длительность, уровень образования, возраст и пол пациентов, особенности раннего развития могут влиять и на особенности когнитивного статуса.

В данной работе клинико-экспериментальный нейропсихологический метод был применен к исследованию когнитивной сферы больных шизофренией подросткового возраста. В настоящее время когнитивные изменения рассматриваются как один из «ядерных симптомов» шизофрении (Критская В.П.) как «третья ключевая группа симптомов», наряду с позитивной и негативной симптоматикой, и, вместе с характерными нарушениями мышления, описанными Б.В. Зейгарник, в рамках когнитивного дефицита, значение приобретают изменения памяти и внимания.

Психологические исследования памяти и внимания широко используются в изучении когнитивного дефицита при шизофрении среди взрослой популяции больных, при этом ощущается выраженный дефицит аналогичных исследований в подростковой популяции лиц с эндогенной патологией. В отечественной психологии когнитивные нарушения у детей и подростков, больных шизофренией, в основном традиционно изучались с акцентом на клинические аспекты проблемы (С.Я. Рубинштейн, М.П. Кононова, В.В. Лебединский, М.М. Семаго, Г.Е. Сухарева и др.), либо изучении отдельных познавательных процессов (М.П. Кононова, Т.К. Мелешко, С.М. Алейникова, Н.В. Зверева и др.) и их специфики на отдельных возрастных этапах онтогенеза (Н.П. Щербакова, Е.И. Жигэу, Л.В. Гончарова, А.А. Коваль-Зайцев и др.).

**В связи с этим можно выявить актуальность данного исследования:**

- недостаточная освященность данной проблемы в психологической науке;

- необходимость разработки исследования когнитивных функций больных шизофренией подросткового возраста обусловлена влиянием данных функций на социальное функционирование пациентов

**Объектом исследования** выступают лица подросткового возраста, больные шизофренией.

**Предметом исследования** являются особенности взаимосвязи процессов памяти, внимания, исполнительных функций, уровень социального интеллекта больных пубертатной шизофренией.

**Экспериментальное исследование ставило своей целью** на основе анализа теоретических источников и результатов практических исследований экспериментально выявить и проанализировать особенности памяти, внимания, исполнительных функций и социального интеллекта больных с подростковой шизофренией.

#### **Гипотезы исследования.**

- 1) У больных шизофренией наблюдаются многочисленные аномалии когнитивных процессов, имеющих динамические характеристики, включающие как общие, так и специфические звенья.
- 2) Когнитивные характеристики у больных подростковой шизофренией нестабильны, меняются в зависимости от возраста дебюта заболевания и нарушают социальное функционирование больного.

В соответствии с целью и гипотезой исследования были определены **следующие задачи:**

1. Проанализировать известные теоретические положения о нейрокогнитивном дефиците, определить его основные характеристики и структурные единицы;
2. изучить структуру нейрокогнитивного дефицита больных шизофренией в сравнении с когнитивными характеристиками психически здоровых лиц;

3. провести исследование взаимосвязи нейрокогнитивного дефицита больных шизофренией в зависимости от возраста дебюта заболевания;

4. выявить особенности взаимосвязи процессов памяти, внимания и исполнительных функций у больных пубертатной шизофренией

5. изучить структуру социального интеллекта больных шизофренией в сравнении с социальным интеллектом психически здоровых лиц;

6. выявить особенности влияния когнитивных характеристик и возраста дебюта заболевания на социальный интеллект подростка.

#### **Методы исследования:**

– теоретическое исследование психологической литературы по изучаемому направлению;

– психологическая диагностика с применением опросных и тестовых методов, наблюдения;

– корректирующий эксперимент;

– математико-статистический метод обработки и анализа полученных данных.

Выбор психодиагностического инструментария осуществлялся в соответствии с поставленными задачами исследования и требованиями валидности, надежности, стандартизации и адаптации используемых методик. **Психодиагностический инструментарий составили:**

- Тест «Кодирование-шифровка» (WISC, субтест 11) – для оценки скорости обработки информации

- тест «Повторение цифр» (WISC, субтест 6), для диагностики слухоречевой кратковременной и рабочей памяти, внимания

- Тест Запоминание 5 фигур – для диагностики расстройств зрительно-пространственной памяти

- Тест «Корректирующая проба Бурдона» - для исследования устойчивости и продуктивности внимания, расчета утомляемости

- Тест «Лабиринты» (WISC, субтест 12) для оценки регуляторных функций, аспекта планирования, решения задач

- Тест «Социальный интеллект» Гилфорда.

**Математический аппарат** исследования составил критерий Стьюдента, который направлен на оценку различий полученных величин средних значений двух выборок, распределенных по нормативному закону, корреляционный анализ Спирмена с целью статистического изучения связи между явлениями.

**Описание выборки.** Всего для анализа был взят 51 больной подросткового возраста, средний возраст составил  $14,14 \pm 1,63$  лет, из них лиц мужского пола 27 человек (52,9%), женского пола – 24 человека (47,1%). С целью получения сравнительных показателей все пациенты были разделены на возрастные группы, согласно принятой в отечественной психологии и психиатрии классификации (Выготский Л.С., Эльконин Д.Б., Личко А.Е.). При этом возраст 11-17 лет принимался как подростковый возраст с разделением его на следующие фазы: младшая подростковая (первая пубертатная) - 11-13 лет, средняя подростковая (вторая пубертатная) - 14-15 лет, старшая подростковая группа (третья пубертатная) - 16-17 лет. Контрольная группа здоровых составила 23 человека и была представлена лицами без каких-либо психических расстройств, не обращавшихся за помощью к психиатру, имеющих достаточную социальную адаптацию. Контрольная группа была сопоставима по основным характеристикам с группой больных (по полу, возрасту, образованию).

#### **Этапы исследования:**

1. Теоретический анализ основания изучения специфики нейрокогнитивного дефицита при шизофрении, особенностей социального интеллекта.

2. Разработка и реализация программы для рационального и надежного подбора участников эксперимента, а именно лиц с пубертатной шизофренией.

3. Разработка и реализация программы диагностического исследования уровня нейрокогнитивного функционирования; социального интеллекта, выявления корреляционных взаимодействий величин.

4. Проведение качественной математико-статистический анализа данных полученных результатов.

5. Подведение итогов и заключение выводов всего исследования.

**Научная новизна и теоретическая значимость** исследования основываются на выявлении и оценке динамики и закономерности изменчивости нейрокогнитивного статуса у участников эксперимента с помощью набора нейропсихологических методик для исследования соотношения социального функционирования и нейрокогнитивного дефицита.

**Практическая значимость** в возможности использования подходов диагностики в практической работе с диагностической и реабилитационно-коррекционной целью. Набор методик перспективен для использования в качестве скринингового инструмента на этапе ранней диагностики, а в случае длительного течения болезни - для определения характера и выраженности когнитивных нарушений, их динамики.

В системе реабилитационных мероприятий разработанные на базе результатов исследования основные направления тренинга когнитивных навыков позволят сделать подход к психосоциальному вмешательству более индивидуализированным.

**Структура и объем магистерской работы.** Магистерская диссертация изложена на 93 листах машинописного текста, иллюстрирована 14 таблицами, 4 диаграммами и 6 рисунками, состоит из введения, двух глав, заключения, выводов, списка литературных источников, приложений.

### **Основное содержание работы**

В первой главе диссертации «Теоретико-методологические основания изучения нейрокогнитивного дефицита при шизофрении» были представлены материалы, которые отражают результаты анализа научной литературы. Они позволили детально рассмотреть понятия «нейрокогнитивные функции» и «социальное функционирование», их феноменологию, механизмы формирования, особенности проявлений на патофизиологическом и психологическом уровнях.

В рамках современных концепций шизофрении нами проанализированы проблематика актуальных исследований, современные направления, организация и методический инструментарий.

Анализируя проблему нейрокогнитивных расстройств при шизофрении, можно заключить, что вслед за концептуальными изменениями взглядов на природу шизофрении происходит смещение акцентов в направленности исследований. Нарушение когнитивного функционирования – одна из ключевых характеристик шизофрении. Проявления когнитивной дисфункции не зависят от психотических симптомов, но влияют на функциональный исход. Накопленные к настоящему моменту данные убедительно показывают, что, во-первых, для больных шизофренией характерно наличие целого комплекса нарушений познавательной деятельности, и, во-вторых, в основе этих нарушений лежит аномальное функционирование головного мозга.

Тем не менее, несмотря на огромное количество публикаций, посвященных нарушению когнитивного функционирования при шизофрении, характер нейропсихологического дефицита у больных этой нозологии до сих пор остается неясным. Большинство исследований подтверждают преимущественную уязвимость памяти и произвольной регуляции при шизофрении.

При этом большинство ученых подтверждают, что сохранность познавательных процессов ведет к хорошему социальному функционированию, в связи с чем и диагностические, и лечебные мероприятия необходимо осуществлять как можно раньше. При этом в фокусе внимания должен находиться именно

нейрокогнитивный дефицит, а целью является не только редукция симптоматики, но и повышение социальной компетентности пациента, что реализуется через улучшение показателей когнитивного функционирования. Результат можно достигнуть не только путем назначения психофармакотерапии, и терапии, улучшающей когнитивные процессы, но также с помощью психосоциальных вмешательств, направленных на восстановление познавательных функций.

В ходе настоящего исследования у пациентов была выявлена богатая палитра когнитивных нарушений в виде ограничения объема рабочей памяти, нарушения зрительно-пространственной памяти, снижения способности переключения и распределения внимания, ухудшения функции планирования задач.

Согласно концепции А.Р. Лурия о функциональных блоках, для пациентов были характерны нарушения I и III блока в виде истощаемости, снижении темпа психических процессов, а также программирования, регуляции и контроля психической деятельности.

Нарушения кратковременной памяти, имеющиеся у большинства пациентов в той или иной степени, зачастую ухудшали социальное функционирование больных, вызывали трудности социальной адаптации, затрудняли процессы принятия и решения новых задач с привлечением старой информации. Нарушения памяти при шизофрении – это не органический процесс, достигающий уровня патологического снижения, а результат интегративной деятельности с участием мотивационного и энергетического аспектов.

У пациентов исследуемой группы была выявлена низкая скорость обработки информации. Одна из многочисленных гипотез данные нарушения связывает с повреждением белого вещества головного мозга, поддерживающего скорость нейрональных связей. Однако задача кодирования цифровых символов, в том числе, отчасти связана с объемом рабочей памяти, поскольку производительность закономерно будет

эффективней, если будет адекватной возможность быстрого связывания представлений в рабочей памяти и использования их для управления производительностью.

Анализ полученных в ходе работы результатов социального познания пациентов показал, что для лиц с диагнозом Шизофрения уровень социального интеллекта значимо ниже уровня нормы среди здоровых лиц. Следующим этапом работы было определение уровня социального интеллекта, в том числе и его взаимосвязь с другими сферами, в первую очередь с нейрокогницией (с памятью, вниманием, исполнительными функциями). В широком понимании, социальный интеллект включает в себя элементы эмоциональной и когнитивной обработки, в то время как сам нейрокогнитивный уровень является относительно нейтральным по отношению к эмоциональной составляющей.

Эмпирические исследования с использованием методов статистического моделирования позволили сделать вывод, что социальный интеллект лучше всего понимать как интегративную функцию с участием нейрокогнитивных и негативных симптомов.

В настоящем исследовании мы не выявили тесной связи уровня социального интеллекта с нейрокогнитивным дефицитом и негативной симптоматикой. Относительно однородный нейрокогнитивный дефицит среди лиц основной группы может быть связан как с небольшой выборкой, взятой для анализа, так и с исключением из исследования лиц с наличием коморбидных расстройств, которые могли бы изменить результаты исследования, поскольку мы не ставили перед собой задачу проводить клиническую оценку психопатологических синдромов и проводить сравнительное исследование в зависимости от клинической симптоматики. В исследовании также не анализировались лица с длительным течением заболевания, поэтому судить об ухудшении социального интеллекта в течение заболевания не представляется возможным.

Следует обратить внимание на тот факт, что формализованное статистическое сравнение не может отразить качества выполнения задания. Хочется отметить, что для пациентов с шизофренией тест «Социальный интеллект» вызывал затруднения, напряжение. Многие из пациентов реагировали на данную методику негативно, либо не проявляли никакого интереса, у многих она вызывала непонимание, часто ответы характеризовались необдуманностью, поверхностностью, нелогичностью, либо, наоборот, пациенты задумывались и не давали никакого ответа на вопрос субтеста. Полученные выводы соответствуют выводам других исследователей (Рычкова О.В., Сильчук Е.П.), что имеющиеся нарушения нельзя отнести лишь к ухудшению нейрокогнитивного функционирования и специфическим нарушениям мышления.

Вместе с тем, другими исследователями утверждается, что чем сохраннее социальная адаптация больных, тем менее выражены дефекты нейрокогнитивного функционирования (Вассерман Л.И.), соответственно предотвращение ухудшения нейрокогнитивного функционирования и тренировка социального интеллекта на начальных этапах болезни способны повлиять на успешность лечебно-реабилитационных мероприятий.

Уменьшению выраженности симптоматики болезни способствует оптимальное сочетание психотерапии и социотерапии в психотерапевтическом процессе больных с шизофренией, улучшение качества жизни, навыков коммуникаций и когнитивных способностей пациента. Основной задачей психотерапии и социотерапии является сохранение и развитие различных видов активности, социальной деятельности, восстановление нарушенных когнитивных функций.

Основным психотерапевтическим методом получения данных, средством познания и осознания психологических явлений при помощи вербальной коммуникации между психотерапевтом и пациентом является психотерапевтическая беседа. При решении психотерапевтических задач необходимо использовать различные формы психотерапии: индивидуальная,

групповая и семейная. Психотерапевтический процесс неотделим от продуманного ознакомления пациента и его родственников с современными сведениями о шизофрении, а также о социальной работе с пациентом.

Основная задача индивидуальной психотерапии - формирование рациональной внутренней картины заболевания, осознание больным факта его наличия. Для результативной психотерапевтической работы психологу необходимо сформировать и укреплять терапевтический альянс. Достижение терапевтического альянса может рассматриваться как одна из целей терапии.

При психотерапии шизофрении используются различные методы индивидуальной психотерапии: психодинамическая когнитивно-бихевиоральная психотерапия, «терапия, ориентированная на преодоление», «персональная терапия», проблемно - ориентированная терапия и другие методы психотерапий.

Целью социотерапии является развитие социальных навыков, способностей, компетенции и направленно на восстановление социальной активности больного шизофренией. Систему помощи социотерапии можно построить, постепенно расширяя социальное пространство пациента. При социальной психотерапии шизофрении не рекомендуется строить систему помощи, сконцентрированную только на одном специалисте: враче, психологе или социальном работнике.

#### Заключение

Подводя итоги о проделанной работе, следует еще раз подчеркнуть актуальность исследуемой темы, когда выявляется не только характер нейрокогнитивного дефицита при шизофрении, но и анализ его в контексте социальной адаптации пациентов, психосоциальной реабилитации. Доказано, что для большинства больных шизофренией характерным является наличие нейрокогнитивного дефицита, который во многом определяет функциональные исходы при шизофрении. Особенно значимыми подобными исследованиями оказываются для пациентов с первым эпизодом

болезни, так как предполагается, что первые годы течения заболевания во многом определяют «нейротоксичность» и функциональные исходы болезни.

Целью настоящего исследования было выявление нейрокогнитивного дефицита и установление особенностей соотношения социальной и когнитивной недостаточности у больных шизофренией.

Для получения сравнительных показателей была обследована контрольная группа здоровых испытуемых, по возрасту, полу и образованию аналогичная основной группе больных.

На основании полученных данных количественного нейропсихологического анализа (средний балл по каждой шкале) был построен «когнитивный профиль» больных, подтверждающий дефицит когнитивных функций. Было проведено выявление динамики когнитивного функционирования в зависимости пола и возраста пациентов (возраст пациента соответствовал возрасту дебюта заболевания), определена гетерогенность. Была выявлена слабая зависимость возраста и кратковременной памяти, с увеличением возраста пациента исполнение методики ухудшалось. Слабая положительная взаимосвязь была выявлена между возрастом пациентов и скоростью обработки информации. Чем старше манифестирует заболевание, тем выше функция обработки информации у подростков, подростки лучше справляются с тестированием. Регуляторные функции, планирование и решение задач страдало у всех пациентов, но у лиц женского пола данная функция была значительно хуже.

Таким образом, первая гипотеза получила свое подтверждение. У больных шизофренией наблюдаются многочисленные аномалии когнитивных процессов, имеющих динамические характеристики, включающие как общие, так и специфические звенья.

Вторым аспектом настоящего исследования было изучение социального интеллекта. Социальный интеллект – другое популярное, но малоизученное, имеющее противоречивые выводы, направление исследований больных

шизофренией. Считается доказанным, что социальный интеллект значительно снижен при шизофрении. При этом изучение его считается целесообразным и чрезвычайно важным, поскольку результаты диагностики могут учитываться в экспертной и психологической диагностике, психотерапии и реабилитации. В процессе исследования нами были выявлены низкие показатели по тесту «Социальный интеллект» у больных шизофренией в сравнении с группой здоровых. Необходимо заметить, что среди больных шизофренией мы получали результаты субтестов, достигающих границ средней нормы, однако общий композитный балл показателей нормы не достигал. Сложности при выполнении субтеста №1 «Истории с завершением» испытывали многие пациенты, недопонимая задание. В обыденной жизни это может приводить к непониманию последствий поведения людей, неадекватным поступкам, приводить к нарушению социальной адаптации. Субтест №2 «Группы экспрессии» также вызывал у пациентов затруднения, что косвенно может судить о сложностях распознавания мимики и пантомимики в общении с людьми, в установлении доверительных близких отношений, поддержанию дружественных контактов. Субтест №3 «Вербальная экспрессия», как и другие субтесты, вызывал у пациентов выраженные затруднения, отказные реакции, случайные ответы. Имея низкие способности распознавать вербальные сообщения, пациенты испытывают выраженные сложности в общении с другими людьми, недопонимание, а, следовательно, сложности в контактах.

Субтест №4 «Истории с дополнением» был сложным для исполнения, поскольку пациенты не могли понять логику развития ситуации или истории. Лица с низкими оценками испытывают значительные трудности в ситуациях взаимодействия с другими людьми.

Вместе с тем низкие показатели ни по одному из субтестов не коррелировали с низкими оценками когнитивного функционирования, вероятно являясь вторым самостоятельным проявлением шизофрении. Вторая гипотеза не была доказана.

## Выводы по данному исследованию:

1. Анализ когнитивных функций позволил выявить структуру нейрокогнитивных расстройств, их динамику и степень выраженности у больных шизофренией, которые значительно различались с группой здоровых лиц.
2. Для больных шизофренией характерна когнитивная гетерогенность в зависимости от пола и возраста начала заболевания. Скорость обработки информации выше у больных старшей подростковой группы, а планирование и решение задач для лиц женского пола было более затруднительным по сравнению с больными лицами мужского пола. Кратковременная память и внимание не зависели от поло-возрастных характеристик.
3. Нарушения социального интеллекта у больных подростковой шизофренией имеют место, являются выраженными и выявляются у всех пациентов, независимо от пола и возраста начала расстройства.
4. Предположительная связь между нейрокогнитивным функционированием и социальным интеллектом выявлена не была. Возможно, факторы являются независимыми параллельными процессами.
5. Полученные в ходе исследования результаты могут лечь в основу разработки ранних терапевтических и психосоциальных вмешательств и нейрокогнитивного тренинга у больных шизофренией.