



# **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

**Пособие для врачей**

Санкт-Петербург

2007



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО  
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственное учреждение  
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева»**

---

Утверждено к печати  
Решением Ученого Совета  
НИПНИ им. В.М. Бехтерева  
Протокол № 7 от 22.10.07

**Психологическая диагностика  
нейрокогнитивного дефицита при шизофрении**

**Пособие для врачей**

Санкт-Петербург

2007

## Краткая аннотация

В Пособии описан процесс диагностики нейрокогнитивного дефицита при шизофрении, позволяющий оценить результаты лечения и прогнозировать уровень постгоспитального социального функционирования больных. Диагностическая методика разработана на основе междисциплинарного (клиническая психиатрия и медицинская психология) взаимодействия. Выделены клинические показания и противопоказания для проведения психологической диагностики у этой категории пациентов и набор психологических тестов, использование которых позволяет получить качественную и количественную оценку представленности когнитивных расстройств. Приведены показатели непосредственных и отдаленных результатов лекарственной коррекции когнитивных нарушений. Полученные данные свидетельствуют, что антипсихотики нового поколения являются препаратами «первой линии» в коррекции когнитивных расстройств при шизофрении.

Практическое пособие разработано для применения в стационарных и амбулаторных психиатрических отделениях. Предназначено для психиатров и клинических психологов.

**Заявитель:** Отделение биологической терапии психически больных Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

**Авторы:** д.м.н., профессор М.В. Иванов, медицинский психолог О.Г. Ильина, младший научный сотрудник М.Г. Янушко

Консультант – психолог, д.м.н., профессор Л.И. Вассерман.

### **Рецензенты:**

1. Микиртумов Б.Е., д.м.н, профессор, заведующей кафедрой психиатрии Санкт-Петербургской Государственной Педиатрической Медицинской Академии
2. Крылов В.И., д.м.н., профессор, кафедра психиатрии и психосоматики с курсом медицинской психологии Санкт-Петербургского Государственного Медицинского Университета им. акад. И.П. Павлова.

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2007

## ВВЕДЕНИЕ

В современных работах с использованием междисциплинарного подхода к изучению проблемы шизофрении подчеркнута важность рассмотрения когнитивных расстройств (нейрокогнитивного дефицита) и их патогенетических механизмов как основополагающих факторов в формировании клинической картины различных форм этого заболевания (Gold J.M., Harvey P.D., 1993; Marder S. et al., 1994; Мосолов С.Н., 2001; Аведисова А.С., 2005). Профессиональный интерес к выявлению и характеристике изменений когнитивных процессов, объясняется тем, что наличие или отсутствие коррекции этих расстройств в совокупности с результатами воздействия на другие нарушения (позитивные, негативные, аффективные, поведенческие) рассматриваются как существенные критерии для оценки эффективности проводимой терапии.

В круг изменений когнитивной сферы у больных шизофренией входят множественные специфические нарушения, выражающиеся в снижении функций памяти, внимания, скорости обработки информации и исполнительных функций, при достаточно сохранном интеллектуальном функционировании. Традиционно считалось, что когнитивный дефицит становится очевидным только у давно болеющих шизофренией и уровень нейрокогнитивного функционирования коррелирует с выраженностью негативных расстройств, оставаясь при этом независимым от характера продуктивной симптоматики. Однако, в дальнейшем эта точка зрения претерпела изменения. Исследованиями были получены данные, что когнитивное снижение, клинически весьма трудно структурируемое, предшествует развитию эндогенного процесса (Saykin A.J., Shtasel D.L. et al., 1994).

Своевременная диагностика нейрокогнитивного дефицита помогает предсказать его последствия в виде нарушений при выполнении повседневных бытовых действий, социальных и профессиональных обязанностей, уровня и качества жизни больных. Обязательным условием проведения обследования больных должно быть использование батареи диагностических тестовых методик. При интерпретации результатов полученных от применения только

единичных тестов возникают трудности, связанные с генерализованным характером нейрокогнитивного дефицита, что обусловлено вовлечением в болезненный процесс большого числа корково-подкорковых мозговых структур. Так, на фоне общего ухудшения нейрокогнитивного функционирования, часто встречаются определенные «дефициты» памяти, внимания, скорости обработки информации и исполнительных функций. Нарушения внимания и памяти обычно носят независимый характер. Нарушение внимания проявляется в слуховой и визуальной сферах, характеризуется проблемами в ее устойчивости, чувствительности к отвлекающим факторам. Нарушения памяти, в первую очередь кратковременной, исследователи приписывают трудностям в кодировании или восстановлении информации (P. McKenna, 1995) и выявляют её сопряженность с наличием негативных расстройств. Еще в большей степени, чем основные информационные процессы (память, внимание) при шизофрении нарушаются исполнительные функции — составление и выполнение планов, решение новых проблем, требующих привлечения прежних знаний, что может быть отчасти связано с дефицитом рабочей памяти, функцией которой является сохранение информации на короткий период, во время которого происходит ее обработка или координация с другими длительными психическими операциями для развития ответа.

С появлением атипичных антипсихотиков были получены обнадеживающие результаты коррекции когнитивных расстройств. Так, у пациентов с ранней стадией шизофрении при сравнении эффектов оланзапина, рисполепта и галоперидола (Purdon et al., 2000) при приеме одного из атипичных антипсихотиков наблюдалось как более значительное улучшение индексов немедленного ответа (вербального и невербального), так и более стойкие тенденции к улучшению по тестам моторных навыков, исполнительной функции, внимания и визуально-пространственных манипуляций по сравнению с результатами терапии галоперидолом. Краткосрочные контролируемые исследования, выявили существенное улучшение внимания (Sax et al., 1998) и исполнительной функции (Fleming et al., 1997) — по сути двух ключевых об-

ластей когнитивности, связанных с функциональной ремиссией при шизофрении, при использовании антипсихотиков нового поколения. Принимая во внимание степень когнитивных расстройств при шизофрении, возможно, что требуются годы постоянного лечения для достижения полного эффекта. Например, в одном из исследований клозапина, эффекты стали наиболее очевидны только чем через год от начала терапии (Mortimer Dye, 1997). Вместе с тем, продолжительные исследования применения антипсихотиков нового поколения выявили отсутствие прямой зависимости между когнитивным и общеклиническим улучшением (Chaudhury et al., 1997; Purdon 2000; Velligan et al. 2002). Также дискуссионным остается вопрос, который, пожалуй, больше всего волнует практических психиатров: можно ли ожидать положительного терапевтического эффекта у больных хронической шизофренией, т.е. в случаях, когда когнитивный дефицит уже установился? Аргументированные доводы для однозначного ответа в современной литературе отсутствуют.

Диагностическая процедура, изложенная в настоящем пособии предусматривает использование батареи тестов для выявления и дифференцированной оценки нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией на раннем и постгоспитальном периодах лечения. Помимо возможностей оценки эффективности проведенной терапии, её применение позволяет сравнивать результаты обследования пациентов с аналогичными данными, полученными зарубежными авторами, что является существенным не только в клинической работе, но и может стать полезным инструментом для проведения научных исследований.

## **ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ**

### **Показания:**

- Больные шизофренией, диагноз у которых установлен психиатром согласно рубрикам и отвечающих им критериям МКБ 10 пересмотра для диагностической группы F20.

### **Противопоказания:**

1. Невозможность конструктивного сотрудничества с больным ввиду наличия в клинической картине брутальных и/или выраженных психопатологических расстройств, таких как острые психотические симптомы (бред, галлюцинации, агрессия), состояния ажитации.
2. Наличие серьёзных побочных эффектов психофармакотерапии и ряда иных расстройств в статусе больного, как то:
  - Неврологические побочные эффекты: выраженная акатизия, поздняя дискинезия.
  - Выраженная лекарственная седация, нейролептический синдром.
3. Исключаются больные с выраженными трудностями речевой коммуникации.

### **МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

Методика обследования больных разработана для применения в условиях психиатрического стационара, но может использоваться и в стационарах смешанного типа, а также при амбулаторном наблюдении в психоневрологических диспансерах.

Клинико-психопатологическая диагностика с целью объективизации данных дополняется обследованием больных по шкале Позитивных и Негативных Расстройств (PANS).

Для психологического тестирования пациента необходимы следующие условия:

- отдельное изолированное помещение, в которое нет доступа посторонним во время тестирования;
- время тестирования предпочтительно назначать в первой половине дня, особенно для работающих пациентов;
- хорошее соматическое состояние пациента.

Для её реализации необходимо наличие компьютера, удовлетворяющего следующим системным требованиям:



- Операционная система (ОС): Microsoft Windows Server 2003; Windows XP; Windows Vista; Windows 2000 Professional / Server; Windows 98 SE / ME; Windows NT 4.0.
- Компьютер на базе процессора с тактовой частотой не менее 350 МГц для работы под ОС Microsoft Windows Server 2003, Windows XP, Windows Vista, и не менее 200 МГц для работы под ОС Windows 2000/ ME /98 SE / NT 4.0.
- Объём оперативной памяти: 64 МБ для работы под ОС Windows 98, Windows ME , Windows NT 4.0; 128 МБ для работы под Windows 2000; 256 МБ для Windows XP, Windows Vista.
- Свободное пространство на жёстком диске не менее 50 МБ.
- Для хранения пакетов, создаваемых в процессе работы системы, также необходимо предусмотреть достаточное свободное пространство на жёстком диске.
- Дисковод для компакт-дисков
- Монитор и видеокарта с поддержкой режима VGA (разрешение 800x600 или выше)
- LPT-порт для подключения ключа защиты.

На персональном компьютере должно быть установлено программное обеспечение, реализующее компьютерные версии приведенных ниже методик. Данное программное обеспечение можно получить, связавшись с международной фирмой *Psychological Assessment Resources Inc.* по адресу в интернете [www.parinc.com](http://www.parinc.com) или 16130 N.Florida avenue. Lutz, FL 33549, phone: 1800-331-81-78.

## **ОПИСАНИЕ МЕТОДИК ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ**

Когнитивные функции оцениваются набором стандартизированных тестов, позволяющих судить о степени нарушения и предполагаемой локализации мозговых изменений. Входящие в состав батареи методики достаточно полно охватывают когнитивные функции, которые преимущественно стра-

дают у больных шизофренией. Полученные с помощью тестов данные помогают провести качественный и количественный анализ нейрокогнитивного дефицита в актуальной (конкретной) ситуации обследования в стационарных и/или амбулаторных условиях. Обследование больных проводится медицинским психологом, либо врачом психиатром использующим в своей профессиональной деятельности познания из области клинической психологии.

Батарея тестов для оценки нейрокогнитивного дефицита больных шизофренией состоит из 5 тестов. Она является стандартной и сертифицированной на международном уровне в связи с необходимостью унифицированного применения при оценке эффективности психофармакотерапии, в том числе с использованием новых психотропных средств. Тестирование по блоку методик занимает, в зависимости от состояния больных от 1,5 до 2 часов. Все задания предъявляются в доступном русскоязычном варианте.

1. Тест на беглость речи — Verbal Fluency Test, VFT (Lezak M.D., 1995). Эта методика позволяет оценить вербальную ассоциативную продуктивность (буквенная часть), нарушения лексической системы (категориальная часть), запас семантической памяти и исполнительную функцию. В категориальной части испытуемого просят назвать как можно больше животных, фруктов и овощей в течение одной минуты для каждой категории. В буквенной части предлагается назвать как можно больше слов, начинающихся с букв Р, О, П в течение одной минуты для каждой буквы. Регистрируется общее количество слов для каждой части (категориальной и буквенной). Отмечается количество персевераций (повторов) и интрузий (слов, не входящих в данные категории).

2. Тест Рея на слухоречевое заучивание — Rey Auditory Verbal Learning Test, RAVLT (Schmidt M., 1999) . Этот тест применяется для изучения вербальной памяти, заучивания и процесса удержания информации, а также субъективной организации памяти. Стимульный материал теста Рея состоит из 2-х списков слов (основной и дополнительный), по 15 слов в каждом списке. Оценивается заучивание 5 предъявлений основного списка, заучивание дополнительного списка, после — непосредственное воспроизведение ос-

нового списка, отсроченное воспроизведение основного списка через 30 минут, и, наконец, задание на распознавание. Для каждого обследования использовались разные списки слов (всего 5 наборов по 2 списка слов в каждом) для исключения эффекта «научения».

3. Сложная фигура Рея-Остеррица — Rey-Osterrieth Complex Figure Test (Stern R.A., Javorsky D.J. et al., 1999). Оценивает зрительно-конструктивную способность и зрительную память (непосредственное и отсроченное воспроизведение). На первом этапе пациенту предлагается срисовать фигуру, при этом экспериментатор не говорит испытуемому, о том, что он должен запомнить фигуру. После завершения копирования, стимульный материал с копией рисунка убирается, а пациенту предлагается снова воспроизвести фигуру, но теперь уже по памяти. На третьем этапе, который проводится приблизительно через 20-30 минут после непосредственного воспроизведения, пациент снова должен нарисовать данную фигуру по памяти. Оценивается наличие и точность при копировании, наличие и точность при непосредственном воспроизведении и наличие и точность при отсроченном воспроизведении. Показатель организации рисунка, состоящий из суммы баллов за фрагментацию и планирование, используется для оценки исполнительной функции.

4. Висконсинский тест сортировки карточек — Wisconsin Card Sorting Test, WCST (Heaton R.K. 1981). Этот тест применяется для оценки исполнительной функции, когнитивной гибкости, абстрактного мышления и способности формировать, поддерживать и координировать эффективную стратегию категориального мышления. Тест полностью компьютеризирован. Испытуемым предлагается подбирать каждую из появляющихся на экране карточек с 4 основными картами-стимулами, которые различаются по цвету, форме и количеству элементов. Задача испытуемых понять принцип сортировки по опорным сигналам — «правильно» или «неправильно». Исследование проходит в два этапа, на первом испытуемый учится формировать категории по трем признакам. После того как он правильно сложил 3 категории карточек, программа снова предлагает произвести подбор карточек по тем же

признакам. Данный прием позволяет выявить разноплановость мышления, осуществление классификации по латентным признакам и другие нарушения мышления.

5. Тест на устойчивость внимания — Test of Variables of Attention, TOVA (Leark R.A., Dupuy T.R. at al., 1996) . Эта методика ориентирована на определение устойчивости внимания, готовности к действию, элементов импульсивности при принятии решений. Она содержит два стимула (целевой и буферный). Задача испытуемого – выделить целевой стимул и отреагировать на него как можно быстрее. Оценивается количество импульсивных ответов, количество пропущенных стимулов и коэффициент «успешности», который выражается отношением количества правильных к количеству неправильных ответов.

Процедура тестирования стандартна. Перед её началом фиксируется информация о пациенте представленная обычно в истории болезни, а именно ФИО, возраст, пол, образование, социальный статус, семейное положение, клинический диагноз на момент исследования, ведущий синдром, длительность и возраст начала заболевания. Подробно регистрируется проводимое психотропное лечение и применение лекарственных других фармакологических групп, включая названия препаратов и их дозировки. Также перед началом исследования пациенту необходимо предоставить информацию о целях тестирования, подробно описать её процедуру и получить его информированное согласие. В случае возникновения у него вопросов, он должен получить на них ответы до начала тестирования.

Инструкции для проведения тестовых методик предъявляются испытуемому в соответствии со стандартами содержащимися в руководстве (manual) для каждой из них. Во время тестирования методики предъявляются в следующем порядке:

1. Тест на оценку функции внимания. Общее время выполнения 25 – 30 минут.
2. Тест на беглость речи. Общее время выполнения 10 – 15 минут.

3. Тест Сложной Комплексной Фигуры Рея. Общее время выполнения 10-15 минут.
4. Тест Рея на слухоречевое заучивание. Общее время выполнения 15 – 20 минут.
5. Висконсинский тест сортировки карточек. Общее время выполнения 25 – 45 минут.

Далее в исследовании определяются: а) отсроченное воспроизведение Теста сложной комплексной фигуры Рея Остерица и б) отсроченное воспроизведение теста Рея на слухоречевое заучивание и задание на распознавание. Время выполнения каждого из них 5 – 10 минут. Оба эти задания являются продолжением Тестов № 3 и № 4.

Обработка результатов проводится по стандартной процедуре в соответствии с методическим руководством для каждой из них; она не является специфичной для цели изучения когнитивного дефицита исключительно только у больных шизофренией.

*Возможные трудности проведения психологического обследования и способы их устранения.* К числу трудностей, возникновение которых возможно при использовании приведенного обследования следует отнести:

- отказ от дальнейшего тестирования (по бредовым или иным мотивам, о которых больные не всегда сообщают);
- острая аффективная реакция либо на саму процедуру тестирования, либо и на личность исследователя.

При соблюдении этических норм психологического тестирования, а также учете противопоказаний к экспериментальному обследованию, этих трудностей, как правило, удастся избежать. Вместе с тем, в случаях отказа больного от дальнейшего тестирования и\или появления у него острой аффективной реакции во время тестирования, проводящему обследованию специалисту следует:

- попытаться определить причины отказа и обсудить их с пациентом;
- предложить перенести тестирование на другой день;

- если обследование проводил клинический психолог, обязательно известить о происшедшем лечащего врача и принять совместное решение о целесообразности его продолжения в дальнейшем.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗРАБОТАННОЙ МЕТОДИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Изложенная в Пособии диагностика когнитивных расстройств была разработана в период годового исследования когнитивных расстройств, в которое больные шизофренией включались на начальном этапе ремиссии, как правило, при сохранении остаточной продуктивной симптоматики, редукция которой происходила в процессе психофармакотерапии. Проводилась повторная регистрация данных с использованием шкалы PANSS для оценки выраженности психопатологической симптоматики и батареи приведенных выше психологических методик. В материал работы было включено 74 пациента с диагнозом шизофрения (F 20), из них 20 с первым приступом и 54 пациента с повторными рецидивами болезни, получавших психофармакотерапию в клинике биологической терапии психически больных Научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева. Обследованы больные, получавшие монотерапию одним из трех атипичных антипсихотиков: рисполептом, рисполепт-констой (рисполептом-депо) и оланзапином; группу сравнения составили случаи монотерапии галоперидолом. Были использованы терапевтические дозировки препаратов, рекомендованные компаниями-производителями.

Все больные проходили клиническое и экспериментально-психологическое обследование перед началом исследования и затем в течение года, раз в три месяца. Также пациенты прошли тестирование по тесту Векслера дважды — перед началом терапии и через год. Суммарно анализу были подвергнуты результаты 370 обследований. Статистическая обработка полученных данных проводилась на IBM PC Pentium-II с использованием программы «Statistica».

В пользу адекватности применения батареи методик для оценки когнитивных нарушений свидетельствовало то, что выраженность выявляемых нарушений по всем проводимым тестам значимо коррелировала с переменными, отражающими демографические и психиатрические характеристики, а именно с трудоспособностью, возрастом пациентов и длительностью заболевания. Значение ранговой корреляции (данные корреляционного анализа) представлены в таблице 1.

Таблица 1.

**Значения ранговой корреляции результатов выполнения нейрокогнитивных тестов с клинико-социальными показателями**

Методики	Длительность заболевания		Трудоспособность	
	Значение	Достоверность	Значение	Достоверность
<b>Кол-во пропусков стимула</b>	0,30	0,01	0,54	0,01
<b>Импульсивные ответы</b>	0,33	0,01	0,40	0,01
<b>Коэффициент успешности</b>	0,26	0,05	0,46	0,01
<b>Буквенная часть</b>	0,61	0,01	0,49	0,01
<b>Категориальная часть</b>	0,71	0,01	0,57	0,01
<b>Кол-во использованных карточек</b>	0,51	0,01	0,23	0,05
<b>Кол-во правильных ответов</b>	0,21	-	0,13	-
<b>Кол-во ошибок</b>	0,29	0,05	0,18	-
<b>Кол-во сформированных категорий</b>	0,68	0,01	0,31	0,01
<b>Наличие и точность при копировании</b>	0,53	0,01	0,27	0,05
<b>Наличие и точность при непосредственном воспроизведении</b>	0,42	0,01	0,31	0,05
<b>Наличие и точность при отсроченном воспроизведении</b>	0,61	0,01	0,36	0,01
<b>Организация рисунка</b>	0,45	0,01	0,52	0,01
<b>Общ. кол-во заученных слов за 5 предъявлений</b>	0,39	0,01	0,73	0,01
<b>Кол-во слов при отсроченном воспроизведении</b>	0,51	0,01	0,52	0,01
<b>Кол-во правильно распознанных слов</b>	0,36	0,01	0,41	0,01
<b>Ошибка включения</b>	0,17	-	0,25	0,05

В то же время определяемые тестом Векслера нарушения выявили гораздо меньшее число четких корреляций с переменными, отражавшие аналогичные характеристики больных (таблица 2).

Таблица 2.

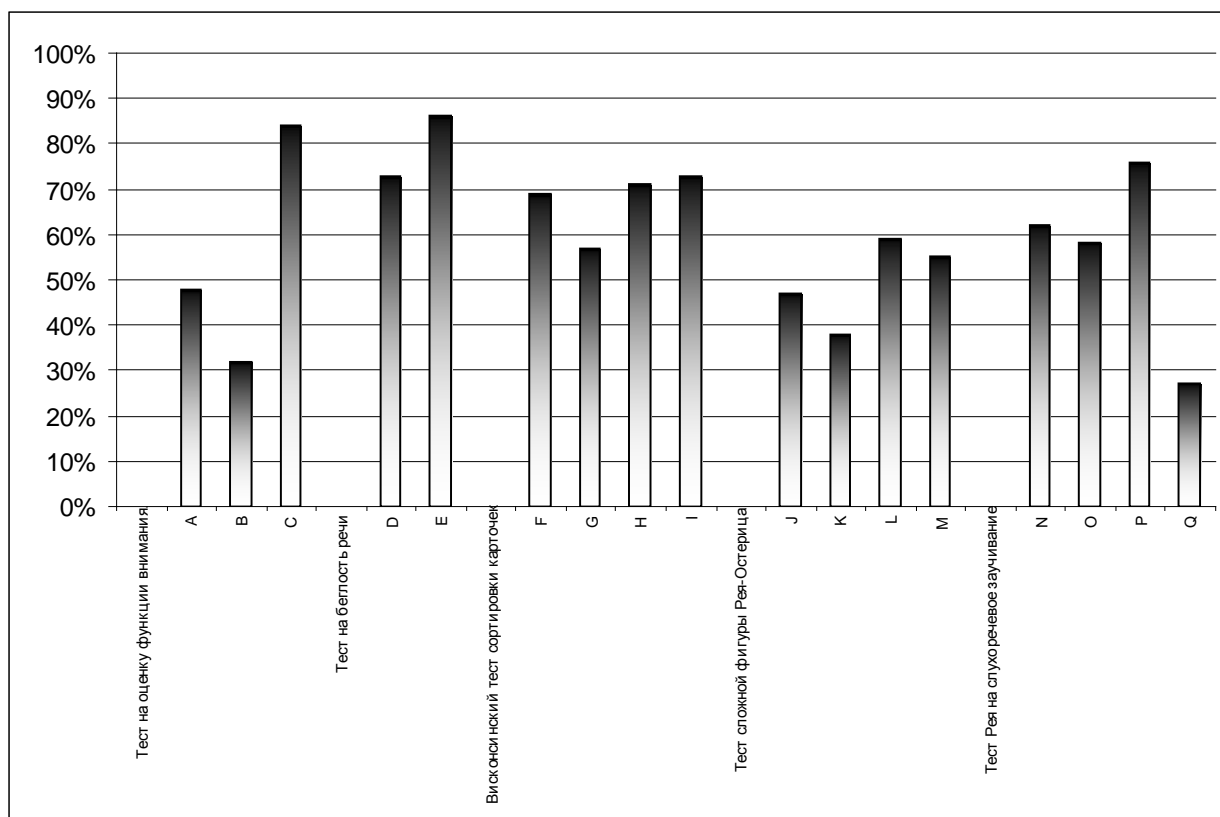
**Значения ранговой корреляции результатов выполнения теста Векслера (WAIS) с клинико-социальными показателями**

Методики	Длительность заболевания		Трудоспособность	
	Значение	Достоверность	Значение	Достоверность
<b>Общая осведомленность</b>	0,03	-	0,14	-
<b>Понятливость</b>	0,18	-	0,17	-
<b>Арифметика</b>	0,25	0,05	0,16	-
<b>Сходство</b>	0,10	-	0,22	0,05
<b>Повторение цифр</b>	0,12	-	0,29	0,05
<b>Словарь</b>	0,13	-	0,23	0,05
<b>Недостающие детали</b>	0,16	-	0,19	-
<b>Последовательные картинки</b>	0,31	0,05	0,27	0,05
<b>Кубики Коса</b>	0,19	-	0,15	-
<b>Сложение фигур</b>	0,29	0,05	0,17	-
<b>Шифровка</b>	0,14	-	0,21	0,05
<b>ОБЩИЙ IQ</b>	0,37	0,05	0,34	0,05

Батарея психологических методик проявила себя как чувствительный инструмент, способный оценивать более тонко изменения когнитивной сферы, по сравнению с результатами применения теста Векслера. На Диаграммах 1 и 2 можно увидеть число больных, у которых наблюдалась статистически достоверная разница между результатами обследования перед началом лечения и через год при использовании того и иного подхода в диагностике нейрокогнитивного дефицита.



**Число больных с достоверным ( $p < 0.01$ ) улучшением показателей по данным нейрокогнитивных тестов через 1 год терапии атипичными антипсихотиками**



Где:

A – количество пропусков стимула;

B – импульсивные ответы;

C – коэффициент успешности;

D – буквенная часть;

E – категориальная часть;

F – количество использованных карточек;

G – количество правильных ответов;

H – количество ошибок;

I – количество сформированных категорий;

J – аккуратность и точность при копировании;

K – аккуратность и точность при непосредственном воспроизведении;

L – аккуратность и точность при отсроченном воспроизведении;

M – организация рисунка;

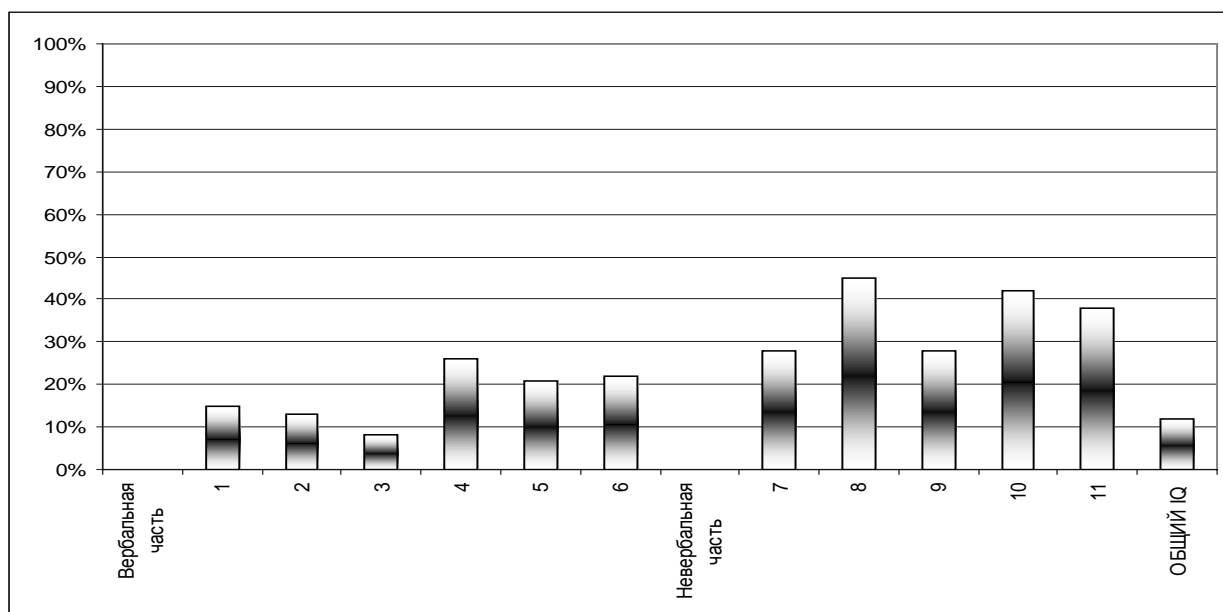
N – общее количество заученных слов за 5 предъявлений;

O – количество слов при отсроченном воспроизведении;

P – количество правильно распознанных слов;

Q – ошибка включения.

**Число больных с достоверным ( $p < 0.01$ ) улучшением показателей результатов теста Векслера (WAIS) через 1 год терапии атипичными антипсихотиками**



Где:

1. Общая осведомленность
2. Понятливость
3. Арифметический субтест
4. Сходство
5. Повторение цифр
6. Словарь
7. Недостающие детали
8. Последовательные картинки
9. Кубики Коса
10. Сложение фигур
11. Шифровка

Наряду с определением суммарной активности антипсихотиков нового поколения в плане коррекции когнитивных расстройств при шизофрении, проводилось определение их индивидуального профиля психотропной активности в сравнении с традиционным нейролептиком. В Таблице 3 приведены данные о терапевтической эффективности антипсихотиков нового поколения и галоперидола через год от начала исследования.

Таблица 3.

**Показатели выполнения нейрокогнитивных тестов  
через 1 год терапии ААП и галоперидолом**

Показатели	Галоперидол	Рисполепт	Конста	Оланзапин
<b>TOVA: оценка внимания, бдительности и импульсивности</b>				
Кол-во пропусков стимула	24,5 ± 15,1	9,8 ± 5,5*	8,9 ± 4,81*	15,1 ± 5,3*
Импульсивные ответы	6,1 ± 2,2	3,9 ± 1,1	5,8 ± 2,1	5,7 ± 2,1
Коэффициент успешности	4,7 ± 0,5	6,2 ± 0,5*	5,9 ± 0,1*	5,1 ± 0,7*
<b>WCST: когнитив гиб-сть, абстр. мышление, спос-ть коор-ции стрг-и категор. мышления</b>				
Кол-во исп-ных карточек	90,4 ± 5,9	86,3 ± 5,1	86,5 ± 3,9	83,2 ± 5,1
Кол-во правильных ответов	71,5 ± 4,9	74,3 ± 2,4	76,5 ± 1,2	71,2 ± 2,7
Кол-во ошибок	18,9 ± 2,7	13,5 ± 1,6*	12,0 ± 0,8*	11,7 ± 3,2*37
Кол-во сфор. Категорий	5,4 ± 0,8	5,8 ± 0,3	5,7 ± 0,2	5,7 ± 0,3
<b>Rey-Osterrieth Complex Figure Test: зрнт-конструктивная способность и зрнт. Память</b>				
Ак-сть и т-сть копиования	18,2 ± 0,4	18,1 ± 0,3	18,0 ± 0,1	17,9 ± 0,4
Ак-сть и т-сть неп вос-ния	13,0 ± 0,8	16,1 ± 0,7*	15,4 ± 0,8*	15,8 ± 1,8*
Ак-сть и т-сть отр-в-ния	11,7 ± 0,9	16,1 ± 0,7*	15,6 ± 0,8*	15,1 ± 0,6*
Организация рисунка	5,9 ± 0,6	6,8 ± 0,2	6,0 ± 0,2	6,5 ± 0,4
<b>RAVLT: оценка памяти и процесса удержания информации</b>				
Общ. Кол-во заученных слов	47,1 ± 2,6	52,9 ± 4,2	50,7 ± 2,6	50,1 ± 2,0
Кол-во слов при отс. вос-нии	8,4 ± 0,6	9,9 ± 1,1	10,2 ± 1,0	11,4 ± 0,8
Кол-во пр-но рас-ных слов	10,9 ± 0,6	12,6 ± 1,0	12,8 ± 1,8	13,6 ± 0,3
Ошибка включения	1,1 ± 0,2	0,3 ± 0,1*	0,4 ± 0,2*	0,5 ± 0,2*
<b>VFT: оценка беглости речи</b>				
Буквенная часть	39,4 ± 4,6	48,3 ± 3,4*	47,5 ± 4,8*	45,1 ± 2,7*
Категориальная часть	34,2 ± 3,9*	42,7 ± 4,3*	42,5 ± 2,6*	43,1 ± 6,3*

- $p < 0.05$ , при этом: \* - отличие от группы с терапией галоперидолом

Сравнение показателей таблицы 3 по тесту оценки внимания выявляет преимущество новых препаратов, особенно рисполепта и Консты. По тесту, оценивающему исполнительные функции и коррекцию мышления, полученные результаты (*по признаку количества допущенных ошибок*) вновь демонстрируют преимущества терапии прежде всего двумя уже названными препаратами, а также оланзапином, по сравнению с эффектами галоперидола. По тесту оценки кратковременной зрительной памяти и визуально-пространственных манипуляций достоверно при использовании всех трех атипичных антипсихотиков у больных выявлялась достоверно большая точность непосредственного и отставленного воспроизведения, чем при приеме галоперидола. По тестам оценки долговременной вербальной памяти (*количество ошибок включения*) и беглости речи (*буквенная и категориальная части*), как отражено в данных таблицы была также получены достоверно более высокие показатели при использовании атипичных антипсихотиков.

Полученные результаты демонстрируют, что через год терапии в целом можно говорить о большей сохранности когнитивных функций у больных, получавшие антипсихотики нового поколения, чем у принимавших галоперидол. Установленные различия дают основание говорить о меньших проявлениях нейролепсии и поведенческой токсичности при длительном применении антипсихотиков современного поколения по сравнению с использованием традиционного нейролептика галоперидола.

С целью выявления связей между выраженностью психопатологической симптоматикой и нарушениями когнитивных функций в процессе терапии была проведена процедура корреляционного анализа. Значимость рассматриваемых коэффициентов корреляции составляла 0,01. При первом обследовании получена достоверная связь длительности заболевания с выраженностью когнитивных нарушений. На этом визите низкие показатели выполнения практически всех тестовых методик оказались связаны с выраженностью негативной симптоматики, позитивной симптоматики, общих психопатологических проявлений и с общей суммой баллов по шкале PANSS. Че-

рез 3 месяца терапии была отмечена только одна достоверная корреляция между нарушениями в когнитивной сфере, а именно, нарушениями слухоречевой памяти и выраженностью галлюцинаций.

Через полгода терапии и в дальнейшем до окончания исследования, корреляций между когнитивными расстройствами и изменениями в профилировании симптомов(продуктивных и негативных) в процессе терапии обнаружено не было.

Таким образом, применение батареи методик для исследования нейрокогнитивного дефицита больных шизофренией в качестве диагностической процедуры позволяет получить углубленные сведения о структуре данного дефицита, а также является основой для выработки более дифференцированных и эффективных биологических и психосоциальных подходов в лечении шизофрении. Одновременно было получено подтверждение приводимого в литературе взгляда на нейрокогнитивный дефицит, как на стабильную центральную характеристику шизофрении, в отличие от быстро меняющихся психопатологических симптомов, в первую очередь продуктивного ряда (Green M.F.et al.,2001; Tiryaki M.K. et al., 2003; Heiderbrand G., et al., 2004).

Список литературы:

1. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. – М., 2001, с.238.
2. Gold J.M., Harvey P.D. Cognitive deficit in schizophrenia. // *Psychiatr. Clin. North. Am.*, 1993, vol. 16, p. 259-312.
3. Marder S.R., Meibach R.C. Risperidone in the treatment of schizophrenia. // *Am. J. Psychiat.*, 1994, vol. 151 (6), p. 825-835.
4. McKenna P. General intellectual function in schizophrenia. // *Schizophr. Monitor.*, 1995, vol. 5, № 4, p. 1-8.
5. Saykin A.J., Shtasel D.L., Gur R.E. et al. Neuropsychological deficit in neuroleptic naïve patients with first-episode schizophrenia. // *Arch. Gen. Psychiatry*, 1994, vol. 51, p. 124-131.