

УДК 616.895.8-072.8

## СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ПРОФИЛЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ С ПЕРВЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ ЭПИЗОДАМИ

Ю. С. Зайцева, Г. Р. Саркисян, В. В. Саркисян, Я. А. Сторожакова

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России*

Подтверждением морфофункциональных изменений головного мозга при шизофрении является нейрокогнитивный дефицит, выявляемый у подавляющего большинства больных [1–4, 21, 22]. Большая часть исследователей отмечает разнообразие нейрокогнитивных нарушений при шизофрении, их диффузный и достаточно выраженный характер, что позволяет говорить о «генерализованном дефиците», присущем данному заболеванию [8, 9]. Однако, ряд авторов указывает на то, что на фоне генерализованного нарушения познавательных процессов выявляется «селективный дефицит» в виде преимущественных нарушений в звене памяти и исполнительского функционирования [10, 15, 16].

Становятся актуальными исследования, направленные на более дифференцированную оценку нейрокогнитивных нарушений в зависимости от диагностической категории [14, 17, 19], типов течения [2, 10], которые демонстрируют когнитивную гетерогенность при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра. Исследования нейрокогнитивной сферы больных шизоаффективным расстройством (ШАР) представлены чрезвычайно ограниченным числом работ. Результаты исследований, выполненных в течение последнего десятилетия, обосновывают промежуточное положение ШАР между шизофренией и аффективными расстройствами [13] за счет нестабильности эмоциональной регуляции и авторы предлагают рассматривать шизоаффективный психоз как некоторый «гибрид», сходный с шизофренией и аффективной патологией. Вместе с тем, на настоящий момент практически все исследователи разделяют точку зрения, что по уровню и общему контуру когнитивных нарушений пациенты ШАР ближе к больным шизофренией, чем к больным с аффективной патологией, и считают правомерным их объединение в одну группу в экспериментальных целях [12]. Необходимо, с другой стороны, отметить, что дан-

ные нейропсихологических исследований больных шизофренией и шизоаффективным расстройством внутри каждой из этих диагностических категорий неоднородны, что в какой-то степени объясняется широким спектром шизофренических расстройств и разными подходами в диагностике психопатологических нарушений. Поэтому актуальным является исследование больных параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством с позиции ведущего психопатологического синдрома (параноидного синдрома в рамках параноидной шизофрении и аффективно-бредового синдрома в рамках шизоаффективного расстройства).

### Материалы и методы

Настоящее исследование было проведено в рамках комплексного исследования по оценке нейрофизиологических и нейропсихологических особенностей у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами<sup>1</sup>.

Были обследованы две группы пациентов с первыми эпизодами заболевания (давность не более 3 лет) параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством – I группа (n=16), II группа (n=16). В исследование отбирались соматически здоровые правши. Критериями исключения явились признаки органического заболевания головного мозга и злоупотребление психоактивными веществами.

С целью сопоставления когнитивного функционирования группы больных с данными в здоровой

<sup>1</sup> Обследование пациентов на начальных этапах заболевания позволяет анализировать биологические основы заболевания без влияния многочисленных факторов, связанных с течением шизофрении, и способствует выявлению паттернов церебральной дисфункции, изначально присущих болезненному процессу (21).

Таблица 1

**Сравнительная характеристика групп по социодемографическим характеристикам**

Группы	Пол				Средний возраст (в годах)
	Мужчины		Женщины		
	Абс.	%	Абс.	%	
I группа (n=16)	11	68,75%	5	31,25%	25,83±6,27
II группа (n=16)	10	62,50%	6	37,50%	31,41±13,26
Контрольная группа (n=25)	13	52,0%	12	48,0%	27,10±7,15

популяции была сформирована контрольная группа, состоящая из 25 здоровых испытуемых. Принципами отбора в контрольную группу явились: отсутствие обращений за помощью в медицинские учреждения психиатрического профиля, а также жалоб на свое психическое здоровье, достаточно высокий уровень социальной адаптации.

Социодемографические характеристики исследуемых групп приведены в табл. 1.

В группе больных шизоаффективным расстройством (I группа) с первым психотическим эпизодом в период психотического состояния доминировала аффективно-бредовая симптоматика, где бредовые расстройства были тесно связаны с патологически измененным аффектом. Для бредового компонента синдрома был характерен чувственный характер, и в картине приступов нередко наблюдалась аффективно-бредовая дереализация и деперсонализация с явлениями интерметаморфозы и бреда значения.

На этапе становления ремиссии значительной устойчивостью отличались расстройства настроения на фоне редукции большей части продуктивной симптоматики с формированием полной критики к перенесенному психотическому эпизоду.

Клиническая картина группы больных параноидной шизофренией (II группа) в период психотического состояния характеризовалась галлюцинаторно-параноидной симптоматикой с развитием синдрома Кандинского-Клерамбо в виде различного рода автоматизмов, вербальных псевдогаллюцинаций и бреда воздействия без выраженных аффективных расстройств.

На этапе становления ремиссии у данной группы больных отмечалась редукция продуктивной симптоматики с сохранением остаточной продуктивной и негативной симптоматики с недостаточной критической оценкой к перенесенному психотическому состоянию и восстановлением социального функционирования, не достигающего уровня в преморбиде.

Выраженность психопатологической симптоматики оценивалась по шкале позитивных и негативных симптомов (PANSS) [5, 18]. С целью соотношения исследуемых диагностических единиц с международными стандартами психиатрическая диагностика проводилась по критериям МКБ-10.

Нейропсихологическое обследование проводилось с использованием Шкалы оценки когнитивных процессов [7], представляющей собой батарею методик, основанных на разработках А.Р.Лурия, сгруппированных для оценки основных когнитивных функций: слухоречевой и зрительной памяти, праксиса (произвольных движений), зрительного, оптико-пространственного, акустического невербального и тактильного гнозиса, мышления, нейродинамики и произвольной регуляции деятельности. Каждая методика оценивалась по 4-х балльной шкале (от 0 до 3), где 0 – это отсутствие нарушений, 1 – легкая степень нарушений, поддающаяся самокоррекции, 2 – средневыраженные нарушения, коррекция возможна с помощью экспериментатора, 3 – выраженные нарушения, коррекция невозможна. Результаты определялись путем вычисления среднего балла по отдельным когнитивным функциям для комплексной оценки возможных различий и изменений. При оценке отдельно взятой пробы учитывалась также качественная сторона выполнения тестов. Нейропсихологическое обследование проводилось в период психотического состояния и на этапе становления ремиссии. Критерием становления ремиссии служило снижение общего балла по шкале PANSS на 30%.

Статистическая обработка производилась с использованием непараметрических методов анализа (критерий Манна-Уитни, Вилкоксона). Обработка данных осуществлялась с помощью пакета программ Statistica for Windows version 7.0, Microsoft Office Excel 2007.

**Результаты исследования**

На этапе становления ремиссии в обеих группах по суммарному баллу PANSS отмечались статистически значимые различия в сравнении с данным показателем в остром периоде (рис. 1) и общий балл в обеих группах снизился в среднем на 30%.

При оценке по шкале PANSS между I и II группами не было обнаружено статистически значимых различий по сумме баллов позитивных симптомов, общепсихопатологических симптомов и общей сумме баллов шкалы. Статистической достоверности достигали различия по сумме баллов негативных симптомов, что соответствует выявленной большей тяжести заболевания во II группе.

При сравнении показателей нейрокогнитивных функций в остром периоде, обе группы показали худшие результаты, чем здоровые испытуемые. В обеих группах больных достоверные отличия от нормы были обнаружены в большей части тестов ( $p < 0,05$  по критерию Манна-Уитни), но наибольшие отмечались по тестам на непосредственную зрительную память, кинетический праксис, пространственный праксис, самостоятельный рисунок, воспроизведение фигуры Рея-Остеррица, вербальное мышление. Значительно сниженными по сравнению с нормой оказались также нейродинамические параметры (рис. 2).

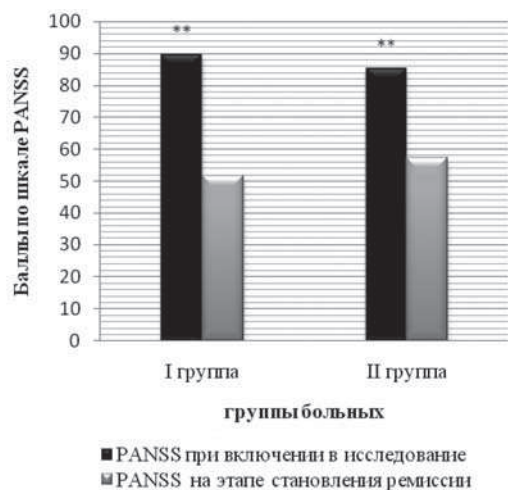


Рис. 1. Динамика суммарного балла по шкале PANSS в группах пациентов с первыми психотическими эпизодами  
Примечания: \*\* –  $p < 0,05$  по непараметрическому критерию Вилкоксона.

У пациентов обеих нозологических групп отмечалась дисфункция префронтальных отделов лобных долей, выявляемая в пробах на вербальное и невербальное мышление. Однако, если у больных с аффективно-бредовым характером манифеста она носила билатеральный характер, то у больных с галлюцинаторно-параноидным синдромом наблюдалась большая недостаточность структур левой гемисферы (различие по показателю вербальное мышление –  $p < 0,005$  по критерию Манна-Уитни). По-видимому, это указывает на большую выраженность мозговой дисфункции при параноидной шизофрении, поскольку именно левой префронтальной области принадлежит ведущая роль в произвольной регуляции деятельности [3].

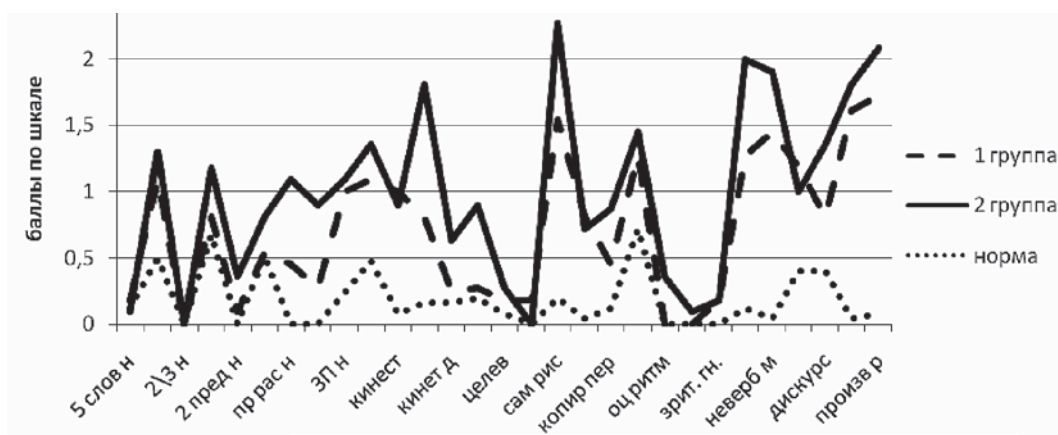
В обеих группах больных обнаруживалась дисфункция височных отделов, выявляемая чаще в пробах на отсроченное воспроизведение, что свидетельствует о большей заинтересованности левой гемисферы.

Наличие зрительно-пространственных нарушений у больных с аффективно-бредовыми приступами указывало на билатеральную недостаточность височно-теменно-затылочных отделов мозга, тогда как у больных с галлюцинаторно-параноидным характером манифеста, при наличии двусторонней недостаточности, преобладали симптомы правого полушария.

Статистически значимые отличия были получены по показателям зрительной памяти ( $p < 0,005$  по критерию Манна-Уитни), выявляемых в пробах на непосредственное воспроизведение зрительного образа, что говорило о большей вовлеченности затылочных отделов левой гемисферы в патологический процесс у больных II группы.

И, наконец, у пациентов с шизофренией выявлялись более выраженные расстройства межполушарного взаимодействия, а также обращала на себя внимание большая дисфункция глубинных структур, обнаруживаемая в снижении нейродинамических параметров психической деятельности.

Динамика нейрокогнитивного функционирования пациентов с первыми психотическими эпизодами на этапе становления ремиссии. Результаты повторного нейропсихологического исследования показывают, что на этапе становления ремиссии пациенты обеих групп демонстрировали улучшение когнитивного функционирования по результатам ряда нейропсихологических проб, и, что особенно важно, появилась тенденция к сглаживанию различий по некоторым из параметров между боль-



Пробы, используемые для оценки нейрокогнитивных функций<sup>2</sup>

Рис. 2. Когнитивные профили больных первой и второй группы на этапе манифеста в сравнении с группой здоровых испытуемых

<sup>2</sup> Нейрокогнитивное тестирование включает пробы на запоминание 5 слов, 2 групп по 3 слова, 2 предложений, произвольное и непроизвольное запоминание рассказов для оценки слухоречевой памяти, пробы на зрительную память, кинестетический, кинетический, пространственный и целевой праксис, самостоятельный рисунок, копирование, копирование с перешифровкой, пробы на акустический и зрительный гнозис, пробы на вербальное, вербально-логическое, невербальное и дискурсивное мышление. В конце исследования оценивается общий показатель нейродинамики и произвольной регуляции деятельности [4, 7].

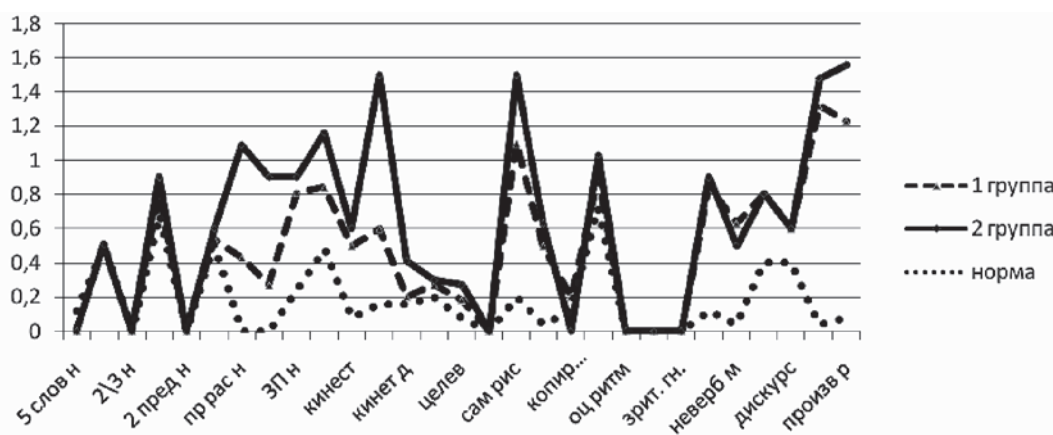


Рис. 3. Когнитивные профили больных первой и второй группы на этапе ремиссии в сравнении с группой здоровых испытуемых  
Примечания: по оси абсцисс – пробы, используемые для оценки нейрокогнитивных функций.

Таблица 2

**Данные результатов выполнения нейрокогнитивных проб в I группе до и после лечения**

		До лечения	После лечения	
		Сред±SD	Сред±SD	
I. Слухо-речевая память	Запоминание 5 слов	Непосредств. воспр.	1,18±0,40	1,18±0,40
		Отсроченное воспр.	1,09±1,004*	0,63±0,50*
	Запоминание 2 групп по 3 слова	Непосредств. воспр.	0	0
		Отсроченное воспр.	0,81±1,16*	0,63±0,80*
	Запоминание 2 предложений	Непосредств. воспр.	0,09±0,30	0,09±0,30
		Отсроченное воспр.	0,54±0,52*	0,18±0,40*
Произвольное запоминание рассказа	Непосредств. воспр.	0,45±0,82	0,27±0,46	
	Отсроченное воспр.	0,27±0,65	0,27±0,64	
II. Зрительная память	Непосредственное воспроизведение		1,0±1,0	0,90±0,70
	Отсроченное воспроизведение		1,09±0,94	1,17±0,64
III. Праксис	Кинестетический		1,18±1,40	0,94±0,68
	Кинетический – двуручная проба		0,25±0,64*	0,09±0,30*
	Кинетический – одноручная проба		0,81±0,75*	0,48±0,40*
	Пространственный		0,27±0,64*	0,09±0,30*
	Целевой		0,48±0,40*	0*
IV. Тактильный гнозис	Стереогноз		0,18±0,40	0
	Самостоятельный рисунок		1,54±1,03*	1,08±0,89*
V. Оптико-пространственный гнозис	Копирование		0,81±0,98	0,67±0,64
	Копирование с перешифровкой		0,45±0,93*	0,27±0,46*
	Отсроченное воспроизведение сложной фигуры		1,27±1,19*	0,72±0,90*
VI. Акустический невербальный гнозис	Оценка ритмов		0	0
	Воспроизведение ритмов		0	0
VII. Зрительный гнозис		0,28±0,40*	0*	
VIII. Мышление	Вербальное		1,27±0,78*	0,90±0,70*
	Невербальное		1,45±1,21*	0,45±0,68*
	Вербально-логическое (решение задачи по алгоритму)		1,18±1,25	0,63±0,80
	Вербально-логическое (дискурсивное мышление)		0,81±0,87	0,63±0,80
IX. Нейродинамические параметры		1,61±0,87	1,2±0,50	
X. Произвольная регуляция		1,72±1,0*	1,2±0,67*	

Примечания: \* – p<0,05 по критерию Вилкоксона.

ными с шизоаффективным синдромом и здоровыми испытуемыми. На момент повторного обследования пациенты с шизоаффективным расстройством более успешно справлялись с выполнением практически всех перечисленных проб по сравнению с больными II группы (рис. 3).

На фоне дефицита произвольной регуляции психической деятельности наблюдались расстройства праксиса, более выраженные во II группе, что может быть связано с более массивной нейролептической терапией больных шизофренией.

У пациентов с шизоаффективным синдромом, помимо параметров слухоречевой памяти, пространственного и целевого праксиса, вербального и невербального мышления, статистически

достоверных отличий достигли также параметры кинетического праксиса (моно- и бимануального), копирования и воспроизведения сложной фигуры, копирования фигур с перешифровкой и произвольной регуляции деятельности (табл. 2) и стали сопоставимыми с данными здоровых испытуемых.

У больных шизофренией статистически значимых различий достигали результаты выполнения проб, направленных на исследование слухоречевой памяти (словесные ряды), пространственного и целевого праксиса, зрительного и слухового неречевого гнозиса, вербального и невербального мышления, а также стратегии оптико-пространственной деятельности (табл. 3).

Таблица 3

## Данные результатов выполнения нейрокогнитивных проб во II группе до и после лечения

			До лечения	После лечения
			Сред±SD	Сред±SD
I. Слухо-речевая память	Запоминание 5 слов	Непосредств. воспр.	1,19±0,30	1,19±0,30
		Отсроченное воспр.	1,63±0,92*	1,24±0,75*
	Запоминание 2 групп по 3 слова	Непосредств. воспр.	0	0
		Отсроченное воспр.	1,18±0,75*	0,87±0,92*
	Запоминание 2 предложений	Непосредств. воспр.	0,36±0,92	0,36±0,92
		Отсроченное воспр.	0,81±0,87	0,7±0,80,40
Произвольное запоминание рассказа	Непосредств. воспр.	1,09±1,30	1,09±0,87	
	Отсроченное воспр.	0,90±1,37*	0,58±1,24*	
II. Зрительная память	Непосредственное воспроизведение		1,09±1,13	1,02±0,92
	Отсроченное воспроизведение		1,36±1,02	1,21±0,98
III. Праксис	Кинестетический		1,76±0,94	1,56±0,75
	Кинетический – двуручная проба		0,63±1,12	0,56±1,02
	Кинетический – одноручная проба		1,81±1,05	1,69±0,94
	Пространственный		0,90±1,13*	0,42±0,89*
	Целевой		0,27±0,46	0
IV. Тактильный гнозис	Стереогноз		0	0
V. Оптико-пространственный гнозис	Самостоятельный рисунок		2,27±1,0	2,27±0,94
	Копирование		0,72±1,90	0,67±1,30
	Копирование с перешифровкой		0,87±0,81	0,7±0,80,30
	Отсроченное воспроизведение сложной фигуры		1,45±0,68*	1,2±10,54*
VI. Акустический невербальный гнозис	Оценка ритмов		0,36±0,80*	0*
	Воспроизведение ритмов		0,29±0,30*	0*
VII. Зрительный гнозис			0,1±0,80,40*	0*
VIII. Мышление	Вербальное		2,27±1,00*	1,5±0,89*
	Невербальное		1,90±0,94*	1,27±0,78*
	Вербально-логическое (решение задачи по алгоритму)		1,0±1,18	0,9±0,81,02
	Вербально-логическое (дискурсивное мышление)		1,3±0,61,20	1,21±0,94
IX. Нейродинамические параметры			1,8±11,16	1,6±91,02
X. Произвольная регуляция			2,18±1,75	1,5±0,89

Примечания: \* –  $p \leq 0,05$  по критерию Вилкоксона.

### Заключение

Исследование показало, что, несмотря на множественный характер отклонений, наблюдаемых при шизоаффективном расстройстве и шизофрении, нельзя говорить, в строгом смысле, о диффузности симптоматики. Все нейрокогнитивные нарушения могут быть сгруппированы в симптомокомплексы, в основе которых в каждом случае лежит дисфункция определенных звеньев психической сферы: произвольной регуляции деятельности и нейродинамических параметров, а также слухоречевой и зрительной памяти в обеих группах с большим акцентом нарушений в правом полушарии при шизоаффективном расстройстве и большей левополушарной дисфункцией при шизофрении. С изменением клинической картины на фоне редукции психопатологических проявлений у больных обеих нозологических групп наблюдаются позитивные изменения и в уровне когнитивного функционирования: за счет обратного развития ряда когнитивных расстройств происходит частичная перестройка структуры нейропсихологических симптомокомплексов. Так, при шизоаффективном расстройстве наблюдается большая редукция когнитивных нару-

шений как в сфере базовых, так и в сфере вариативных симптомов [2, 6], в то время как при шизофрении когнитивные дисфункции носят более очерченный характер в сферах слухоречевой памяти, вербального мышления и произвольной регуляции в целом, что соответствует нарушению функционирования левой височной области и префронтальных отделов и соотносится с данными нейровизуализационных исследований о заметном снижении объема серого вещества в данных областях у больных шизофренией [23].

Таким образом, дифференцированная оценка нейропсихологических особенностей продемонстрировала, помимо общих изменений, существенные различия в степени и качестве когнитивных нарушений при параноидной шизофрении и шизоаффективном расстройстве. Подобный подход в изучении мозговых механизмов с учетом клинической картины приступа и этапов течения заболевания может внести вклад в понимание патогенетических механизмов шизофрении и расстройств шизофренического спектра, а также способствовать развитию более дифференцированных психосоциальных мероприятий.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Магомедова М.В. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на различных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11, № 4. С. 31–35.
2. Зайцева Ю.С. Первый психотический эпизод. Пятилетний катамнез. Клинико-нейропсихологическое исследование: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010. 198 с.
3. Корсакова Н.К., Магомедова М.В. Метод синдромного анализа в изучении нейрокогнитивных расстройств у больных шизофренией // Вестник Московского Университета. 2002. Сер. 14. Психология. № 4. С. 61–67. Корсакова Н.К., 2003.
4. Магомедова М.В. Соотношение социального функционирования и нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на раннем и отдаленном этапе болезни: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003. 142 с.
5. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М.: Новый свет, 2001. 245 с.
6. Сидорова М.А. Нейрокогнитивные расстройства и их динамика в процессе лечения у больных юношеской приступообразной шизофренией и шизоаффективным психозом: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005. 156 с.
7. Филатова Т.В. Особенности познавательной деятельности при эндогенных депрессиях с «ювенильной астенической несостоятельностью»: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2000. 49 с.
8. Andreasen N., Nopoulos P., O'Leary D.S. et al. Defining the phenotype of schizophrenia: cognitive dysmetria and its neural mechanisms // Biol. Psychiatry. 1999. Vol. 46, N 7. P. 908–920.
9. Blanchard J.J., Neale J.M. The neuropsychological signature of schizophrenia: Generalized or differential deficit? // Am. J. Psychiatry. 1994. Vol. 151, N 1. P. 40–48.
10. Braw Y., Bloch Y., Mendelovich S. et al. Cognition in young schizophrenia outpatients: comparison of first-episode with multipisode patients // Schizophr. Bull. 2007. Vol. 10. P. 1093–1098.
11. Brodeur M.B., Pelletier M., Lepage M. Memory for everyday actions in schizophrenia // Schizophr. Res. 2009. Vol. 114, N 1–3. P. 71–78.
12. Evans J.D., Heaton R.K., Paulsen J.S. Schizoaffective disorder: a form of schizophrenia or affective disorder? // J. Clin. Psychiatry. 1999. Vol. 60. P. 874–882.
13. Gooding D.C., Tallent K.A. Spatial working memory performance in patients with schizoaffective psychosis versus schizophrenia: a tale of two disorders? // Schizophr. Res. 2002. Vol. 53. P. 209–218.
14. Harrow M., Grossman L.S., Herbener E.S. et al. Ten years outcome: patients with schizoaffective disorders, schizophrenia, affective disorders and mood-incongruent psychiatric symptoms // Br. J. Psychiatry. 2000. Vol. 177. P. 421–426.
15. Hoff A., Riordan H., O'Donnell D.W. et al. Neuropsychological function of first episode schizophreniform patients // Am. J. Psychiatry. 1992. Vol. 149. P. 898–903.
16. Hutton S.B., Crawford T.J., Puri B.K. et al. Smooth pursuit and saccadic abnormalities in first-episode schizophrenia // Psychol. Med. 1998. Vol. 28, N 3. P.685–692.
17. Joyce E.M., Hutton S.B., Mutsatsa H. Cognitive heterogeneity in first episode schizophrenia // Br. J. Psychiatry. 2005. Vol. 187. P. 516–522.
18. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull. 1987. Vol. 13. P. 261–276.
19. Krishnadas R., Moore B.P., Nayak A., Patel R.R. Relationship of cognitive function in patients with schizophrenia in remission to disability: a cross-sectional study in an Indian sample // Ann. Gen. Psychiatry. 2007. Vol. 6. P. 6–19.
20. Keefe R.S.E. Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia? // World Psychiatry. 2008. Vol. 7. P. 22–28.
21. Riley E.M.E., McGovern D., Mocker D. et al. Neuropsychological functioning in first episode psychosis – evidence of specific deficit // Schizophr. Res. 2000. Vol. 43. P. 47–55.
22. Rund B.R., Melle I., Friis S., Larsen T.K. et al. Neurocognitive dysfunction in first-episode psychosis: correlates with symptoms, premorbid adjustment, and duration of untreated psychosis // Am. J. Psychiatry. 2004. Vol. 161. P. 466–472.
23. van Haren N.E., Cahn W., Hulshoff Pol H.E. Schizophrenia as a progressive brain disease // Europ. Psych. 2008. Vol. 12. P. 72–80.

## СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ПРОФИЛЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ С ПЕРВЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ ЭПИЗОДАМИ

Ю. С. Зайцева, Г. Р. Саркисян, В. В. Саркисян, Я. А. Сторожакова

Сравнительный анализ нейрокогнитивного функционирования больных шизофренией и шизоаффективным расстройством с первыми психотическими эпизодами проводился в рамках комплексного исследования по оценке нейрофизиологических и нейропсихологических параметров у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами. Настоящее исследование показало, что в остром состоянии в обеих группах больных имели место генерализованные когнитивные нарушения с большим акцентом нарушений в правом полушарии при шизоаффективном расстройстве и большей левополушарной дис-

функцией при шизофрении. С изменением клинической картины на фоне редукции психопатологических проявлений у больных шизоаффективным расстройством наблюдались позитивные изменения с большей степенью восстановления когнитивных нарушений как в сфере базовых, так и в сфере вариативных симптомов, в то время как при шизофрении когнитивные дисфункции носили более очерченный характер и подвергались меньшей редукции.

**Ключевые слова:** первый психотический эпизод, параноидная шизофрения, шизоаффективное расстройство, нейрокогнитивный профиль.

## COMPARATIVE INVESTIGATION OF THE NEUROCOGNITIVE PROFILE OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOAFFECTIVE DISORDER IN THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE

Y. S. Zaytseva, G. R. Sakrisyan, V. V. Sarkisyan, Ya. A. Storozhakova

Comparative analysis of neurocognitive functioning of patients with schizophrenia and schizoaffective disorder experiencing their first psychotic episode was performed within framework of a complex investigation of neurophysiological and neuropsychological parameters of such patients. This investigation showed that in acute condition both patient groups showed generalized cognitive disturbances with a noticeable accent on problems in the right hemisphere in schizoaffective disorder and a more pronounced left-hemisphere dysfunction in schi-

zophrenia. Along with changes in the clinical picture, specifically, with reduction of psychopathological phenomena, the patients with schizoaffective disorders also showed positive changes with better chances for recovery of both basic and variable symptoms while in schizophrenia the cognitive dysfunction was more outlined and less prone to improvement.

**Key words:** first psychotic episode, paranoid schizophrenia, schizoaffective disorder, neurocognitive profile.

---

**Зайцева Юлия Станиславовна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: yuliya.zaytseva@gmail.com

**Саркисян Гаяне Рачиковна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: gayane.sarkisyan@gmail.com

**Саркисян Ваган Вагифович** – младший научный сотрудник лаборатории нейрофизиологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: vagan.sarkisyan@gmail.com

**Сторожакова Янина Абрамовна** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: yanina.storozhakova@gmail.com