

ФГОУ ВПО «Санкт – Петербургский государственный университет»

Медицинский факультет

Кафедра психиатрии и наркологии

**Допускается к защите**

Заведующий кафедрой

*д.м.н., профессор Н.Н.Петрова*

«   » \_\_\_\_\_

Выпускная квалификационная работа

На тему: Когнитивные нарушения у пациентов с шизоаффективным  
расстройством

Выполнил студент

603 группы:

С.М.Мун

Научный руководитель:

д.м.н. профессор Н.Н.Петрова

Санкт – Петербург

2016

1

## Оглавление

Введение.....	4
1.1 Шизоаффективное расстройство (Обзор литературы).....	7
Клинические проявления.....	8
1.2 Эпидемиология.....	9
1.3 МКБ-10 диагностические критерии.....	9
1.4 Развитие концепции шизоаффективного расстройства DSM.....	10
1.5 Проводимые исследования.....	14
1.5.1 Теория разума.....	14
1.5.2 Генетические методы.....	15
1.5.3 Нейрокогнитивный дефицит.....	17
1.5.4 Сравнение когнитивного дефицита при ШАР и шизофрении.....	17
1.5.5 Сравнение когнитивного дефицита ШАР с биполярным аффективным расстройством.....	19
1.5.6 Лечение.....	20
Глава 2.....	21
2.1. Материал исследования.....	21
2.2. Методы исследования.....	23
Глава 3. Результаты исследования.....	31
3.1 Характеристика психического состояния больных ШАР.....	33
3.2 Характеристика когнитивных функций у больных ШАР.....	38
Обсуждение результатов.....	49
Выводы.....	50
Практические рекомендации.....	50
Список литературы.....	51

## **Список сокращений**

ШАР – Шизоаффективное расстройство

БАР – Биполярное аффективное расстройство

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

MATRICES – Measurement And Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia

WCST – Wisconsin Card Sorting Test

TMT Trail-Making Test

TURNIS – Treatment Units for Research on Neurocognition and Schizophrenia

## **Введение**

Шизоаффективное расстройство представляет собой состояние, при котором человек испытывает сочетание симптомов шизофрении - таких, как галлюцинации или бреда - и симптомы расстройства настроения, такие как мании или депрессии. (Тиганов А. С., Снежневский А. В., 1999)

Шизоаффективное расстройство в отличие от других заболеваний, затрагивающих когнитивные функции не так хорошо поддается пониманию. Это в значительной степени происходит из-за того, что шизоаффективные расстройства представляет собой комбинацию психических заболеваний, включая в себя спектр шизофренических расстройств и расстройств аффективной сферы, которые могут проявлять себя разнообразным образом, создавая неузнаваемый паттерн заболевания, который будет уникален для каждого пациента. (Андерсен Н.С., 2005)

Шизоаффективное расстройство, как правило, диагностируется в ходе длительного процесса наблюдений и устранения других возможных причин расстройства здоровья в течение периода лечения. Из-за необходимости продолжительного наблюдения и сбора огромного количества анамнестических и лабораторных данных, прежде чем точный диагноз может быть установлен, большинство пациентов с шизоаффективным расстройством носят ярлыки заболеваний схожего спектра, как правило аффективной сферы(обычно, биполярное расстройство).

С момента введения термина шизоаффективное расстройство Казаниным ( 1933 ) в психиатрическом сообществе продолжались дебаты по поводу места в классификации данного заболевания, а так же связи ШАР с шизофренией.

Большинство из ранее проведенных исследований показали полное отсутствие, или небольшую разницу в когнитивной сфере в рамках обоих нарушений. (Борнштейн Р.А. и др., 1990; Гольдштейн Д.Г. и др., 2005;;

Райхенберг А. и др., 2002; Таунсенд Л.А. и др., 2001). В тех же случаях , когда разница была явной ученые в своих выводах получали разные результаты , порой противоречащие друг другу . Так, в своих исследованиях Шиндлер М, (1990) выяснил, что пациенты больные ШАР имеют больший когнитивный дефицит по сравнению с больными с шизофренией, а гораздо позже Стип Е. (2005) в своей работе пришел к выводу, что когнитивные нарушения при ШАР менее выражены и поддаются лучшей коррекции вплоть до нормальных показателей.

За последние годы распространились углубленные исследования, затрагивающие когнитивную сферу пациентов, больных как шизоаффективным расстройством, так и шизофренией . Это связано с тем, что данная область показала свое практическое применение в постановке диагноза, что упрощает работу клинических психиатров. Толчком для изучения когнитивных функций при ШАР , послужили исследования данных функций при шизофрении, что позволило установить ряд закономерностей, которые послужили основой для :

- 1.Критерии постановки диагноза.
- 2.Установка факторов риска развития заболевания.
- 3.Определение уровня комплаентности пациента.

**Целью работы** явилось исследование особенности когнитивных расстройств при шизоаффективном расстройстве (ШАР).

**Задачи исследования:**

1. Изучить структуру и выраженность когнитивных нарушений у больных ШАР.
2. Определить влияние клинических и терапевтических факторов на когнитивное функционирование больных ШАР.

3. Провести сравнительный анализ когнитивных функций больных ШАР и шизофренией.

**Научно–практическая значимость:**

Данные полученные в ходе исследования, позволяют более детально подходить к дифференцировке болезней шизофренического спектра, что может внести свою лепту в выборе психосоциальных и фармакологических вмешательств. Помимо этого новые данные могут служить дополнительным фактором в понимании развития параноидной шизофрении и шизоаффективного. Внедрение результатов исследования в практическую деятельность психиатрической службы улучшит качество оказываемой помощи и уменьшит неблагоприятные социальные последствия расстройств шизофренического спектра.

## 1.1 Шизоаффективное расстройство (Обзор литературы)

Шизоаффективное расстройство - психотические состояния, в структуре которых представлены как аффективные, так и шизофренические симптомы, возникающие в той или иной последовательности или одновременно в течение хотя бы нескольких дней. Термин не рекомендуют применять в случаях, где симптомы шизофрении выражены в одних приступах, а аффективные – в других. У некоторых пациентов бывает один или два шизоаффективных приступа, которые перемежаются типичными приступами мании и/или депрессии: в случае с манией диагноз шизоаффективного расстройства считается оправданным, но во втором случае не следует исключать диагноз биполярного аффективного расстройства или рекуррентной депрессии.

Согласно МКБ-10 шизоаффективное расстройство делится на 3 основных вида:

### -Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип

Тип , при котором оба симптома ( маниакальный , шизофренический ) выражены в такой степени , что невозможно поставить диагноз ни шизофрении, ни маниакального эпизода. Эту рубрику следует использовать как для одиночного эпизода, так и для рецидивирующего расстройства, при котором большая часть эпизодов являются шизоаффективными, маниакального типа

### -Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип

Расстройство, при котором оба симптома ( депрессивный , шизофренический ) выражены в такой степени , что невозможно поставить диагноз ни шизофрении, ни депрессивного эпизода. Его следует использовать и для одиночного эпизода, и для рецидивирующего расстройства, при котором большинство эпизодов являются шизоаффективными, депрессивного типа.

-Шизоаффективное расстройство, смешанный тип

Циклическая шизофрения Смешанный шизофренический и аффективный психоз

### **Клинические проявления**

В основном в клинической картине превалируют аффективные симптомы , однако так же имеют место и продуктивные . ниже будут представлены основные клинические черты заболевания.

Симптомы мании могут включать в себя:

- Беспричинное повышенное настроение
- Повышенная активизация
- Повышенная раздражительность
- Улучшенное самочувствие
- Быстрая речь , скачок мыслей
- Быстрая отвлекаемость
- Отсутствие нужды во сне
- Повышенная напористость

Симптомы депрессии могут включать в себя:

- Подавленное настроение
- Повышенная утомляемость
- Чувство безнадежности
- Чувство вины, никчемности или беспомощности
- Апатия
- Повышенное беспокойство
- Сильная сонливость
- Суицидальные наклонности

### **Шизофрения**

- Бред Нарушение мышления
- Галлюцинации Странное или необычное поведение
- Кататонический синдром
- Оскуднелость эмоций в выражении лица или речи
- Абулия
- Нарушения в сфере речевой артикуляции



## 1.2 Эпидемиология

Эпидемиология ШАР, на данный момент недостаточно изучена ввиду того, что постановка самого диагноза вызывает трудности, причем обоснование ШАР зачастую базируется на более ранних исследованиях, которые достаточно трудно интерпретировать для статистического анализа. Однако, имеющаяся информация показывает, что это заболевание встречается менее чем в 1%, в диапазоне от 0,5 до 0,8%.

Как показывает практика данный диагноз часто ставится в качестве предварительного, когда врач не совсем уверен в правильности одного. Корреляции в частоте заболевания шизоаффективными расстройствами между мужчинами и женщинами выявлено не было.

## 1.3 МКБ-10 диагностические критерии

Диагноз шизоаффективное расстройство согласно МКБ-10 ставится при соответствии следующим группам критериев:

- Наличествуют признаки аффективных расстройств ;
- Наличие как минимум одного из следующих признаков не менее

2 недель:

- слуховые галлюцинации, комментирующие или ведущие диалоги;
- бред контроля и воздействия, чувство «осуществленности» мыслей, ощущений, движений;
- ощущения приёма или передачи мыслей на расстоянии, их открытость или отнятие;
- разорванность речи и неологизмы;
- стойкий бред;
- частое наличие кататонических симптомов;
- Симптомы шизофрении и аффективных расстройств представлены одновременно при одном обострении;

- Исключены органические поражения мозга (F0) и употребление психоактивных веществ (F1).

#### **1.4 Развитие концепции шизоаффективного расстройства DSM**

Диагноз шизоаффективного расстройства подвергался значительным концептуальным изменениям во всех пересмотрах издания Руководства по диагностике и статистике психических расстройств (DSM). Вплоть до самого последнего издания, DSM-5, самой влиятельной исторической точкой зрения было , мнение Крепелина (1920), который предположил существование дихотомии между диагнозами шизофрении (Раннее слабоумие) и психотическое расстройство настроения (маниакально-депрессивный психоз).

В соответствии с этой точкой зрения: безволие, снижение эмоционального спектра реакций, когнитивное ухудшение и неблагоприятный исход характерны для шизофрении, в то время как для психозов связанных с депрессией или манией свойственны : благоприятный исход , снижение частоты приступов.

Глава " Шизофрения" первого издания DSM (1952) включала в себя "шизофреническую реакцию, шизоаффективного типа ". Уже в DSM II (1968) этот диагноз был разделен на "Шизоаффективный тип, возбужденный" "и шизоаффективный тип, депрессивный" . Обозначения были предназначены для смешанных случаев , включающих в себя "шизофренические симптомы "и" аффективные реакции ", разграничивая " возбужденные" и "депрессивные" типы , основанные на преобладающей симптоматики к пациентов: эйфория или депрессия.

Эти категории были также использованы для случаев с преобладанием аффективных состояний, если они сопровождалась шизофреническим типом мышления и странностями поведения . Однако даже при преобладании аффективной симптоматики подобные проявления заболевания трактовались , как нарушения являющиеся шизофреногенными по своей природе , в

процессе которого проявления заболевания были растянуты в сроках и дебют самой шизофрении был отсрочен.

В DSM-III (1980), впервые был введен термин "шизоаффективное расстройство " но не смотря на это не было предложено никаких диагностических критериев. Как и в более ранних версиях DSM, данная категория использовалась для тех случаев, при которых клиницистам не удавалось провести дифференциальную диагностику между аффективным расстройством и шизофреноформным расстройством или шизофренией. Концепция испытывала необходимость в разработке диагностических критериев для многих психотических случаев, которые не подходили для теории дихотомии , предложенной Крепилином: либо шизофрения , либо биполярное расстройство. В рамках DSM-III сохранялась неопределенность , тогда авторы признали, что "будущие исследования являются необходимы, для определения, потребности этой категории, и если да, то каким образом она должна быть определена и где находится грань между шизофренией и аффективным расстройством ". Во всем DSM-III, это был единственный диагноз без явных оперативных критериев. (Tandon, 2012).

В 1987 году в DSM III-R, впервые были предложены диагностические критерии для шизоаффективного расстройства. Четыре диагностических критерия, которые были введены в DSM III-R оставались практически неизменными до появления действующей редакции, требующей (A), по меньшей мере, один период психоза (достаточно тяжелый, чтобы соответствовать критериям А для лечения шизофрении) с аффективными симптомами; (B) по меньшей мере один период психоза, в течение не менее двух недель, без аффективных симптомов; (C) длительная общая продолжительность аффективных эпизодов и (D) отсутствие "органической причины". В то время как благоприятный прогноз исхода шизоаффективного расстройства, по сравнению с шизофренией не был включен в качестве диагностического критерия. Шизоаффективное расстройство тогда

рассматривалось как тип биполярного расстройства у пациентов , которые в своем анамнезе имели эпизоды мании или депрессии

В DSM-IV (1994) диагноз шизоаффективного расстройства также разделен на 2 типа: депрессивный тип и биполярный тип, однако биполярный тип наряду со смешанными , включал так же и маниакальные .

Пересмотр DSM-IV-TR в 2000 году не изменил этого определения. Однако было подмечено , что категория " шизоаффективное расстройство " заполняет необходимую и важную брешь в диагностической системе, но, к сожалению, не в полной мере"(DSM-IV-TR Первоисточник).

В 2013 году было введено в эксплуатацию новая редакция DSM пятого пересмотра , где часть критериев для шизоаффективного расстройства были уточнены (таб.1.1)

Таблица 1.1

А. Непрерывный период болезни, в течение которого есть аффективный эпизод (депрессивный или маниакальный) одновременно с критерием А шизофрении.

Примечание: депрессивный эпизод должен включать в себя Критерий А1.

В. Подавленное настроение. Бред или галлюцинации в течение 2 или более недель в отсутствие главного аффективного эпизода (депрессивный или маниакальный) в течение всего срока продолжительности болезни.

С. Симптомы, которые отвечают критериям наличия главного аффективного эпизода , присутствующие большую часть общей продолжительности активных и остаточных проявлений болезни.

D. Нарушение не связано с приемом каких-либо веществ или с другими факторами , которые могли повлиять на состояние здоровья.

Биполярный тип: Этот подтип применяется, при наличии маниакального эпизода. Так же возможно наличие эпизода депрессии .

Депрессивный тип: Этот подтип применяется, если в основном в болезни является наличие депрессивного эпизода.

С кататонией: Этот спецификатор, который применяется как (F25.1) Шизоаффективное расстройство, с преобладанием депрессивных симптомов, и 295,70 (F25.0)

Шизоаффективное расстройство, с преобладанием маниакальных симптомов, может быть поставлен , при условии наличия трех и более следующих симптомов:: оцепенение, восковой гибкость, ступор, ажитация, мутизм, негативизм, позерство, манерность, стереотипии, гримасничанье , эхолалия и эхопраксия.

В DSM-5, ШАР является пожизненным диагнозом, которое включает в себя время от начала психоза до текущего эпизода , а не только определение одного эпизода с коморбидными психотическими и аффективными синдромами. Это изменение подтверждает частую эволюцию феноменологии по сравнению с течением самого заболевания. Например, успешное лечение аффективного расстройства может привести к изменению клинической картины, которая приводит к преобладанию рефрактерных психотических симптомов, создавая картину шизофрении. Точно так же если непролеченные тревога, сильный стресс или злоупотребление психоактивными веществами могут послужить движущей силой ведущей к ухудшению психоза , в то время как деморализация может привести к еще большим аффективным эпизодам.

DSM-5 может поддерживать стратегии лечения, которые касаются конкретных патологических форм, которые присущи для каждого пациента в настоящее время.

### **1.5 Проводимые исследования**

В то время как феноменологические описания остаются единственным реальным вариантом в настоящее время для диагностики психических расстройств, современные исследования пытаются найти критерии для дифференцировки шизоаффективного расстройства от других болезненных состояний. Хотя эти исследования остаются слишком предварительными, чтобы использовать в клинической практике в настоящее время, в будущем использование таких исследований как : генетическое картирование , нейрокогнитивные тесты или нейрофизиологические биомаркеры будут очень полезными для выявления пациентов с шизоаффективными расстройствами, для назначения специфической терапии.

#### **1.5.1 Теория разума**

Изучение социальных когний при ШАР базируется на изучении 3 основных областей: эмоционального восприятия, социальных навыков в контексте «Теории разума» («Theory of mind» skills) и атрибутивного стиля.

Эмоциональное восприятие (эмоциональное понимание) – это способность получать чувственную информацию (т.е. понимать, что человек чувствует) по выражению лица, интонациям речи или их сочетанию.

Социальные навыки в контексте «theory of mind» представляют собой способность представлять эмоциональное состояние и предполагать намерения собеседника. Они включает в себя понимание неправильных суждений, намеков, намерений, хитрости, обмана, иронии, метафор, «некрасивых поступков». В целом пациенты с ШАР демонстрируют незначительное снижение данных навыков по сравнению со здоровыми . Это снижение не связано с дефицитом базовых когнитивных функций, а также со специфическими симптомами .

Атрибутивный стиль представляет собой интерпретацию событий в жизни. Как правило, люди приписывают себе заслуги за позитивные события, а ответственность за негативные - окружающим. Большинство исследований сфокусировано на атрибутивном стиле пациентов с паранойей и чувственным бредом. Как правило, данные пациенты склонны обвинять в своих неприятностях в большей степени других людей, чем обстоятельства. Это становится динамическим механизмом для поддержания самоуважения, т.к. приписывание негативных намерений другим поддерживает свой положительный имидж. Однако со временем отрицательное восприятие других людей нарастает, даже несмотря на отсутствие доказательств виновности окружающих. Так, по мнению Бентая и др., потребность в социальной изоляции (избегание неясности и двусмысленности) способствует поддержанию характерного атрибутивного стиля. В ходе проведенных исследований было выявлено :

Пациенты с ШАР несколько хуже понимают выражения лиц по сравнению со здоровыми

В целом исследования показали , что несмотря на имеющиеся отклонения больные ШАР демонстрировали уровень близкий к норме , соответственно уровень их социальной адаптации находится на высоком уровне.

Однако данные результаты были получены исключительно благодаря проведенной ранее терапии , что так же говорит о том , что когнитивные нарушения при ШАР поддаются регрессу.

#### **1.5.2 Генетические методы**

Неопределенность вокруг шизоаффективного расстройства в последнее время распространились и на генетические исследования . Недавние выясненные данные показали , отсутствие полного генетического различия между аффективными и психотическими заболеваниями. Тем не менее, есть предварительные данные подтверждающие относительную специфическую генетическую предрасположенность к шизоаффективным расстройствам.

Различные исследования, не всегда показывают стабильные результаты для конкретных генов. Эти противоречивые результаты могут появиться из-за ложноположительных результатов или разных диагностических методик, используемых в ходе исследований. Одна из первых попыток найти специфический ген, который можно было связать с шизоаффективным расстройством включала небольшую выборку семей, в которых один из членов имел шизоаффективное расстройство биполярного типа. Статистически значимые сигналы были замечены на хромосомах 1q42, а также 22q11 и 19p13. В то время как та же группа не нашла связей в этих регионах среди пациентов с шизофренией или биполярным расстройством. Ген калретикулин на хромосоме 19 был так же привлёк внимание исследователей. Дальнейшие исследования этого гена являются весьма интересными, поскольку калретикулин связан с механизмами действиями вальпроата и лития. Ученых наиболее сильно заинтересовала 21-й хромосома в пределах гена *B3GALT5* (член семейства генов б-1,3-галактозилтрансферазы, которые кодируют мембранно-связывающий гликопротеин тип II с различными ферментативными функциями), ген, который не был ранее вовлечен в патофизиологию аффективных расстройств или психотических заболеваний. Еще одна сильная ассоциация была замечена на хромосоме 16p13.3 (ген *A2BP1 / fox1*, кодирующий атаксин 2-связывающий белок 1 изоформы 4). Сбои этого гена были связаны с аутизмом, умственной отсталости и эпилепсией. Другие менее сильно связанные гены включают *BSN*, ген отвечающий за регуляцию высвобождения нейромедиаторов из подмножества церебральных глутаматергических синапсов; *GRIK2*, кодирующий рецептор глутамата 6; и *CDH12*, ответственный за кодирование кадгерина 12, тип 2, который имеет важное значение служа связующим звеном в кальций зависимой межклеточной адгезии. Другое исследование нашло доказательство связи гена *BDNF*, который кодирует мозговой нейротрофический фактор, с



шизоаффективным расстройством. Этот ген чаще ассоциировался с аффективной патологией, а не с психотическими расстройствами

Таким образом, эти генетические исследования указывают на необходимость дополнительной исследовательской работы, но генетическое тестирование пока еще не используется в качестве рутинного клинического инструмента для распознавания шизоаффективного расстройства

### **1.5.3 Нейрокогнитивный дефицит**

Нейрокогнитивный дефицит, связанный с шизофренией часто начинает развиваться на ранних этапах, непосредственно предшествуя началу проявления явных психотических симптомов, и выступает в качестве предикторного фактора плохого долгосрочного результата. Понимание важности когнитивной дисфункции в качестве фармакологической мишени при шизофрении с каждым годом набирает обороты, о чем свидетельствует Национальный институт психического здоровья (NIMH), который запустил ряд программ одними из которых являются MATRICS (Measurement And Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) и TURNS (Treatment Units for Research on Neurocognition and Schizophrenia). Хотя большинство исследований по лечению шизофрении и шизоаффективного расстройства рассматривают обе нозологические формы в качестве единой группы, несколько исследований целенаправленно сравнивают лечение шизоаффективного расстройства с лечением шизофрении и биполярного аффективного расстройства.

### **1.5.4 Сравнение когнитивного дефицита при ШАР и шизофрении.**

Первые попытки проведения исследований когнитивного дефицита при ШАР и шизофрении были предприняты еще в 1981 году. Тогда удалось найти несколько различий. Выяснилось, что пациенты с ШАР выполняли задачи на сосредоточение внимание гораздо лучше нежели больные шизофренией.

С тех пор многие исследования показали ряд противоречивых данных на задачу о том, можно ли пациентов с диагнозом шизоаффективного расстройства отличить от тех, кто болен шизофренией при использовании нейропсихологического тестирования.

Используя более полную когнитивную серию исследований, было установлено, что больные ШАР депрессивного типа, показывали промежуточный результат (результат отличающийся от нормы, но далекий от патологии) по сравнению с пациентами с униполярной депрессией.

В дальнейшем эти результаты были подтверждены в исследовании, которое показало, что субъекты с шизоаффективным расстройством и параноидной шизофренией во время проведения тестирования показали меньший когнитивный дефицит, а так же промежуточные результаты уровень между здоровыми и пациентами страдающими другими подтипами шизофрении за исключением параноидной формы. Так же исследование показало, что больные с ШАР имеют лучший результат в когнитивной сфере управляемой префронтальной корой, к примеру – отсроченная память.

Дополнительные исследования показали превосходную нейрокогнитивную исполнительную функцию пациентов с ШАР по сравнению с субъектами страдающих шизофренией.

В одном исследовании проводился сравнительный анализ 13 больных ШАР с 44 субъектами с шизофренией с использованием задач на основе визуально моторных функций Cambridge Neuropsychological Test. Обе группы были сопоставимы по симптоматической тяжести позитивных и негативных синдромов оцененных по шкале (PANSS). С целью проверки расхождения в производительности тест был проведен по истечению 2-ух лет.

Тест показал, значительную разницу при выполнении заданий направленных на зрительно-пространственную ориентацию и визуально-моторную ориентацию (например ассоциированное мышление, исследование

моторных функций ) Пациенты с ШАР справились лучше. ( Стип Е. и др. 2005г.)

Были так же проведены работы , в которых участвовали больные ШАР , шизофренией , а так же контрольная группа , состоящая из здоровых людей , в каждой из групп по 14 человек. В ходе исследований было выяснено , что пациенты страдающие шизофренией имели нарушения как вербальной , так и зрительно-пространственной ориентации , в то время как те же функции у больных ШАР были сохранены . ( Грубер О. и др. 2006 г.)

Интактные функции вербальной рабочей памяти наряду с нарушением пространственной рабочей памяти дают право предполагать , что больные ШАР сохранили функцию артикуляционного запоеенания , что может быть специфичным и выступать в качестве биомаркера для ШАР.

#### **1.5.5 Сравнение когнитивного дефицита ШАР с биполярным аффективным расстройством**

Традиционно считалось , что пациенты с БАП в когнитивном и функциональном плане являлись интактными по сравнению с больными шизофренией

Ряд проведенных мета-анализов подтвердили данное мнение , они показали , что несмотря на схожесть нарушений в некоторых когнитивных областях ( исполнительная функция , зрительная память ) пациенты с шизофренией демонстрируют гораздо жесткие и стойкие нарушения (Краббендам М. и др. 2005 г.)

Что же касается шизоаффективного расстройства в сравнении с БАП было так же проведено не мало исследований, в ходе которых выяснилось что нет существенных различий в когнитивной и социальной сфере у обеих групп пациентов сопоставимых по длительности и тяжести течения ( Белак и др. 1989г.).

В более свежих исследованиях сравнивали 34 пациента шизоаффективного расстройства, 41 пациент с биполярным расстройством, а также 35 клинически здоровых людей. Проведенные тесты показали, что пациенты с ШАР продемонстрировали более худший результат по сравнению с другими.

Различия наблюдались в нескольких областях, в том числе вербальной памяти, исполнительных функций, внимании.

Результаты пациентов с биполярным расстройством были аналогичными, но только относительно контрольной группы за исключением словесной беглости (Торрент С. и др. 2007 г.).

Аналогичным образом, при использовании Wisconsin Card Sorting Test (WCST) и Trail-Making Test (TMT) с использованием критериев DSM-IV, больные ШАР продемонстрировали промежуточные результаты между шизофренией и БАР. Однако при TMT пациенты с ШАР показали идентичные результаты, что и пациенты с шизофренией. В то же время было выявлено, что декларативная память и внимание оставались на уровне БАР (Трандафир и др. 2009 г.).

Нейрокогнитивный дефицит зачастую тесно связан с дефицитом в ранней сенсорной обработке и базовой нейрофизиологии. Благодаря высокой скорости обработки данных и неинвазивного характера именно ЭЭГ является методом выбора для оценки при подозрении на нейрофизиологическую дисфункцию. Так было выяснено, что нарушения базальной сенсорной обработки характерны как для шизофрении, так и для БАР. Пациенты же с ШАР не проявили значительных нарушений.

#### **1.5.6 Лечение**

Как правило, лечение включает применение лекарственных препаратов, чтобы стабилизировать настроение и устранить симптомы.

Кроме того, психотерапия или практическое обучение могут помочь в улучшении межличностных, социальных навыков, а также психологической адаптации.

- **Медикаменты.** Выбор лекарственных средств зависит от вида аффективного расстройства. В основном для устранения психотических симптомов шизофрении (таких, как мания, бред, галлюцинации, рассеянное мышление) применяют антипсихотические средства. Симптомы, связанные с изменением настроения, обычно нивелируют антидепрессантами или стабилизаторами, такими как соли лития. Эти лекарственные средства можно назначать одновременно с антипсихотическими препаратами.

- **Психотерапия.** Цель психотерапии состоит в том, чтобы помочь пациенту больше узнать о болезни, определить цели и бороться с ежедневными проблемами, связанными с заболеванием. Семейная психотерапия может помочь членам семьи более эффективно бороться с болезнью близкого человека

- **Практическое обучение** сконцентрировано на работе над социальными навыками, личной гигиене, ежедневной деятельности, включая домашнюю работу и планирование финансовых затрат.

- **Госпитализация.** В большинстве случаев пациенты с шизоаффективным расстройством проходят лечение амбулаторно. Однако люди с особенно сильными симптомами, угрожающие жизни окружающих, стремящиеся к суициду нуждаются в немедленной госпитализации.

## **Глава 2.**

### **2.1. Материал исследования.**

Для проведения работы был отобран 41 больной с уточнёнными и катamnестически подтверждёнными диагнозами шизоаффективного расстройства и параноидной шизофрении.

Критерии включения в исследование:

1. Возраст до 50 лет

2. Уровень образования не ниже полного среднего образования общеобразовательной школы

3. Вне обострения хронических соматических заболеваний

Критерии исключения:

1. Наличие выраженной органической патологии, ЧМТ в анамнезе.

Исследуемый контингент состоял из 19 (46,3%) -женщин и 22 (53,7%) - мужчин. Средний возраст составил  $25,4 \pm 4,27$  лет.

Для проведения работы исследуемый контингент был разделен на 2 группы сравнения. В первую входили пациенты с подтвержденным диагнозом ШАР 18 (43,9%) – 9 женщин (50%) и 9 мужчин (50%) .

Во второй группе были пациенты с шизофренией 23 (56,1%) - 10 женщин (43,5%) и 13 мужчин (56,5%). Распределение больных по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика больных по возрасту

Возрастной интервал	Число больных с ШАР (абс.)		Число больных с шизофренией (абс.)	
	Женщины	Женщины	Мужчины	Мужчины
От 20 до 29 лет	5	6	5	4
От 30 до 39 лет	4	3	6	3
От 40 и старше	-	1	2	2

По уровню образования пациенты были разделены на три группы: пациенты со средним, со средним специальным и с высшим образованием. Распределение больных в зависимости от уровня образования представлено в таблице 2.

Таблица 2

## Распределение больных по уровню образования

Уровень образования	Среднее	Среднее специальное	Высшее
Больные ШАР	28,4%	15,2%	43,3%
Больные шизофренией	33,7%	22,5%	44,8%

Большинство больных на момент проведения исследования имело высшее образование в обеих группах 44,8% , 43,3% соответственно , при этом среди пациентов с ШАР количество работающих составило 44,4%, число учащихся 22,7% , а число не работающих 32,8%. В группе больных шизофренией 62,2 % пациента работали, учащихся не было и 37,8 % пациента не работали.

Работа выполнена в течение 2015-2016 гг. на базе Городской психиатрической больницы №3 им. И.И. Скворцова-Степанова

### 2.2. Методы исследования

1. Катamnестический
2. Клинико-шкальная оценка

Шкала позитивных и негативных симптомов (PANSS) создана и стандартизирована для определения выраженности позитивных, негативных и общепатологических симптомов, изначально созданных для описания шизофрении [Kay et al., 1987]. Включает в себя оценку тяжести 7 позитивных симптомов, 7 негативных симптомов и 16 шкал общепсихопатологических симптомов. Каждый симптом оценивается по выраженности от 1 – нет симптома, до 7 – максимальная выраженность. Итоговой оценкой состояния больного является суммарная выраженность позитивной негативной симптоматики и выраженность общепсихопатологических симптомов. Для определения выраженности симптомов используется полуструктурированное клиническое интервью с учётом других доступных данных.

С помощью шкалы определены критерии ремиссии больных с шизофренией, которые включают в себя бред, галлюцинаторное поведение, необычное содержание мыслей, расстройство мышления, манерность и позирование, притупленный аффект, социальная отгороженность, нарушение спонтанности и плавности речи < 3 баллов в течение 6 месяцев [Andreasen et al., 2005]

В оценке достижения ремиссии использованы клинко-функциональные критерии (Валидизация стандартизированных клинко-функциональных критериев ремиссии при шизофрении. Мосолов С.Н., Потапов А.В., Шафаренко А.А. // Социальная и клиническая психиатрия // № 3- 21-2011.)

Шкала Калгари (англ. Calgary depression shizophrenia scale) - клиническая методика, предназначенная для оценки выраженности расстройств депрессивного спектра у больных шизофренией вне зависимости от этиологии депрессии, стадии и фазы заболевания

Оценочная шкала маний Янга (англ. Young Mania Rating Scale); YMRS — клиническое пособие, разработанное специалистами Королевского колледжа психиатров (The Royal College of Psychiatrists). Впервые была опубликована в 1978 году. Шкала Янга является клиническим инструментом, используемым для определения выраженности маниакальных симптомов.

Шкала социального и личностного функционирования PSP была разработана как усовершенствованная версия Шкалы оценки социального и профессионального функционирования (Social and Occupational Functioning Assessment Scale – SOFAS) (Morosini P. et al., 2000). Шкала PSP рекомендована рядом исследователей к использованию у больных шизофренией в амбулаторной практике как адекватный инструмент для быстрого измерения социального функционирования и способности к самообслуживанию.

Шкала оценки побочного действия UKU (UKU Side-Effect Rating Scale) разработана в 1987 г. скандинавскими исследователями O.Lingjaerde, U.G. Ahlfors, P.Bech для оценки переносимости лекарств при их клиническом



испытании (полное название шкалы "Udvald for Kliniske Undersogelser Scale"). Широко используются ее модифицированные версии для исследования отдельных классов психотропных средств.

### 3. Нейропсихологический:

Тест «Комплексная фигура» Рея-Остеррита (Rey-Osterrieth Complex Figure - ROCF) – инструмент многомерной нейропсихологической диагностики, способный выявлять нарушения зрительно-пространственной перцепции, зрительной памяти, зрительно-моторных, зрительно-конструктивных, а также управляющих и исполнительских функций когнитивной деятельности, психического развития и некоторых сторон невербального интеллекта (Вассерман Л.И., Чередникова Т.В., 2011). В России в 2011 г. прошла его рестандартизация и апробация (Вассерман Л.И., Чередникова Т.В., 2011). Тест представляет собой копирование сложной графической фигуры с предоставленного образца (условие копирования) и последующее воспроизведение этой фигуры по памяти (условия воспоминания: немедленного - сразу после копирования, отставленного – повторно, спустя 20-30 минут). Бостонский вариант оценки к тесту Рея (БСКО) является наиболее многомерным, детально разработанным и строго стандартизованным среди всех имеющихся систем оценивания количественных и качественных параметров «Комплексной Фигуры Рея-Остеррита» (Stern R.A. et al., 1994). Он включает 6 Суммарных оценок (для точности копирования и воспоминания фигуры, объема кратковременной памяти, отставленного воспоминания и организации), а также шкалу количественной оценки для 17 различных качественных особенностей рисования и воспоминания фигуры. Конструктивная и практическая валидность БСКО получила подкрепление в результатах множества исследований (Вассерман Л.И. и др., 2007; Bigler E.D., 2003; Lezak M.D. et al., 2004).

Корректурная проба в модификации Л.И. Вассермана (Вассерман Л.И. и соавт., 1997). Итогами проведения корректурной пробы являются: время выполнения 1-й горизонтальной половины таблицы (t1); общее время

выполнения задания ( $T$ ); время выполнения 2-й половины таблицы ( $t_2=T-t_1$ ); определение «индекса утомляемости» (ИУ) по формуле: . Чем ИУ меньше единицы, тем больше вероятность повышенной утомляемости испытуемого, снижения уровня активного внимания и умственной работоспособности (учитываются также факты аспонтанности, необходимости побуждения к действию и т. п.). Если ИУ выше или близкий к единице, можно говорить о нормальной или повышенной психической активности. Анализируются также факторы функциональной асимметрии внимания, для чего подсчитывается количество ошибочно зачеркнутых или пропущенных цифр в правой и левой половинах таблицы (Вассерман Л.И. и соавт., 1997).

Краткая оценка когнитивных функций при шизофрении (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS) - валидизированная и стандартизированная нейрокогнитивная батарея для измерения когнитивных функций [Keefe et al., 2004]. Измеряет 6 когнитивных функций: речевую беглость, скорость психических процессов, психомоторные навыки (объединены в скорость обработки информации), рабочую память, слухоречевую память и проблемно-решающее поведение (часть исполнительских функций). Выбор батареи обусловлен наличием половозрастной нормы ( $50 \pm 10$  баллов) на территории России [Саркисян и др., 2010].

#### 4. Статистический метод

Результаты заносились в электронную базу данных и статистически обрабатывались с помощью пакета компьютерных программ Statistica for Windows 8 непараметрическим критерием Колмогорова-Смирнова. Сила связи между признаками оценивалась по Спирмену ( $r_s$ ).

#### 5. Преморбидный тип личности (до болезни)

Преморбидный тип личности обуславливает ее базисные черты, тип характера до того момента, как возникло психическое расстройство. Такой тип описывается со слов самого больного или его близких при изложении

анамнеза жизни. Оценка преморбидного типа крайне необходима для диагностики, прогноза и выбора методов психотерапии и реабилитации различных психических расстройств, так как риск развития отдельных психопатологий неодинаков при разных типах.

Самой известной из разработанных систем типов личности, удобных для оценки преморбидных черт, является классификация «акцентуированных личностей» знаменитого немецкого психиатра Карла Леонгарда. В основу данной типологии личностей заложены варианты акцентуации характера, а именно чрезмерное усиление отдельных его черт, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим. В отличие от психопатий и расстройств личности акцентуированные личности расцениваются как крайние варианты нормы. В большинстве развитых стран к ним можно отнести более половины популяции.

Согласно К. Леонгарду и А. Е. Личко, существуют следующие основные типы акцентуированных личностей и акцентуаций характера.

Гипертимный тип. Лица с данным типом акцентуированной личности отличаются почти всегда приподнятым настроением, высоким жизненным тонусом, активностью, неограниченной энергией. Короткие вспышки раздражения и гнева у больных вызывают противодействие окружающих, подавление их бурной деятельности, желания во все вмешиваться. Такие люди стремятся к независимости и самостоятельности, однако тяготятся одиночеством и вынужденным бездельем, они чрезвычайно находчивы, умеют изворачиваться и ловчить, в то же время плохо переносят жесткую дисциплину и регламентированный режим; неразборчивы в выборе знакомств. Увлекаясь чем-то новым, они не доводят начатого до конца. Такие личности склонны к переоценке своих возможностей и способностей, неоправданно оптимистичны в отношении будущего, плохо справляются с работой, требующей усидчивости и аккуратности.

Циклоидный (аффективно лабильный) тип. Для этого типа личности характерна смена периодов подъема, когда больные ведут себя как гипертимы, периодами спада настроения и тонуса. Во время последних у больных отмечаются вялость, упадок сил, падение работоспособности, они становятся малообщительными и бездеятельными. Самые незначительные неприятности в эти периоды переживаются очень тяжело. Между подъемами и спадами могут быть продолжительные периоды ровного настроения. Длительность периодов – от нескольких дней до нескольких месяцев.

Эмоционально лабильный (эмотивный, аффективно экзальтированный) тип. Главной чертой людей с этим типом личности являются крайняя изменчивость настроения, перепады которого происходят даже от ничтожного повода. От настроения же зависят самочувствие, работоспособность, общительность и отношение ко всему. Больные тяжело переживают неприятности, склонны к невротическим реакциям, искренне привязываются к тем людям, от кого видят заботу и понимание. Отмечается большая потребность в эмоциональных контактах, сопереживании.

Сенситивный (тревожный) тип. Характеризующими чертами таких личностей являются большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. В незнакомой обстановке, среди посторонних людей они робки и застенчивы и, наоборот, общительны и открыты лишь с теми, к кому привыкли. У них сильно развито чувство долга, ответственности. В связи с чем такие личности в себе замечают множество недостатков, затем стремятся их перебороть, утверждая себя не там, где могут раскрыться их действительные способности, а именно в той области, где они слабы, например, робость и застенчивость стараются преодолеть, занимая общественные посты. Тревожность более всего сказывается опасением произвести неблагоприятное впечатление на других. Больные тяжело переживают недоброжелательное отношение к себе окружающих.

Психастенический (педантичный) тип. Лица с этим типом личности сочетают в себе нерешительность, склонность к рас суждательству с тревожной

мнительностью в виде опасений за свое будущее и будущее своих близких. Педантизм и формализм становятся защитной реакцией от постоянной внутренней тревоги. Другой защитной реакцией становятся придуманные приметы и ритуалы. Нерешительность сочетается с нетерпеливостью, когда решение уже принято. Больные склонны к самоанализу и самокопанию. Тяжелой нагрузкой для них является ответственность, особенно когда отвечать надо не только за себя, но и за других.

Шизоидный (интровертированный) тип. Это тип личности известен как образец замкнутости. Хотя формальные контакты у людей с этим типом обычно не затруднены, однако непосильной задачей для них обычно оказываются эмоциональные контакты. Замкнутость таких личностей сопровождается внешней сдержанностью, а иногда и холодностью. Недостаток сопереживания проявляется в неумении откликнуться на радость, печаль или опасения другого человека. Обнаруживается также недостаток интуиции – неумение понять чужие переживания, догадаться о невысказанных вслух желаниях или тревогах других людей, почувствовать симпатию или неприязненное отношение к себе. Внутренний мир, заполненный увлечениями и фантазиями, становится родной стихией для таких людей. Больные фантазируют про себя, с другими своими фантазиями не делятся. Отличаются также независимостью и склонностью к нонконформизму.

Эпилептоидный (эксплозивный, возбудимый) тип. Для таких типов личности характерным является склонность к коротким периодам злобно тоскливого настроения с накапливающим раздражением и, как результат, необходимым поиском объекта, на котором можно «сорвать зло». В эти периоды особенно проявляется аффективная взрывчатость. Аффекты сильны и продолжительны, больные во время них способны доходить до безудержной ярости. Также сильно выражены инстинкты, в частности, сексуальное влечение, которое сочетается с сильной ревностью, а иногда с садистскими и мазохистскими наклонностями. В отношении к окружающим проявляется властность. Все

поведение таких людей отличается тяжеловесностью, тугопо движностью, инертностью. Мелочная аккуратность, дотошное соблюдение правил, допекающий других педантизм сочетаются с бережливостью, расчетливостью и злопамятностью.

Истероидный (демонстративный, гистрионический) тип. Лица с этим типом личности обращают на себя внимание ненасытной жадой быть в центре внимания. Этому служат лживость и фантазирование, склонность к рисовке и позерству, наигранно преувеличенная экспрессия эмоций, чрезмерная драматизация событий. С этим же связаны претензия на исключительное положение среди окружающих, а также высокий уровень притязаний в отношении своего будущего. Хорошие актерские способности позволяют вводить в заблуждение доверчивых людей. Нередко приписываемая истероидам внушаемость весьма избирательна – распространяется лишь на то, что способно привлечь внимание других и покрасоваться перед ними. Больные любят менять компании приятелей, уверяя, что «разочаровались» в прежних.

Неустойчивый тип. Для личностей этого типа характерна непрерывная повышенная тяга к удовольствиям, развлечениям, праздности, безделью. Они стремятся уклониться от любого труда, от исполнения обязанностей и долга. Живут сегодняшним днем, никаких долгосрочных целей перед собой не ставят. Любые упорные занятия их отталкивают. Настоящих привязанностей никогда ни к кому не испытывают – ни к родным, ни к друзьям. Ни в кого не влюбляются – сексуальная жизнь служит лишь одним из путей к получению удовольствия. Их привлекают любые асоциальные компании, сулящие развлечения. Трусливость и недостаточная инициативность обрекают их на подчиненную роль. Они часто начинают злоупотреблять спиртными напитками и другими дурманящими веществами, стараясь тем самым убежать от трудностей, неприятностей и испытаний.

Конформный тип. Этот тип представлен людьми «своей среды». Их жизненное правило – думать, поступать, жить, как привычное для них окружение. В связи с чем они полностью оказываются продуктом своей

микросреды, в хорошем окружении это неплохие люди, в неблагоприятной среде они могут легко спиваться и вставать на путь преступлений. Конформность во всем к своему окружению сочетается с консерватизмом, обусловленным трудностью адаптации к новым условиям, необычной среде, новым веяниям, с отсутствием личной инициативы, предпочтением всегда идти привычным путем, действовать по затверженным трафаретам. Другой чертой является поразительная не критичность: как истина воспринимается все то, что поступает по привычным каналам информации. Больные теряют душевное равновесие при крутых переменах в жизни, когда они лишаются привычного общества.

Смешанные типы весьма распространены. Они могут быть промежуточными, когда черты двух типов прослеживаются с юных лет, иногда с детства (например, смешанный истеро эпилептоидный тип), или амальгамными, когда на основу одного типа вследствие длительного неблагоприятного влияния среды наслаиваются черты другого типа (например, воспитание в условиях жестоких взаимоотношений в окружении способствует прикреплению некоторых эпилептоидных черт на основу других типов).

### **Глава 3. Результаты исследования**

По наличию инвалидности у больных из первой группы данные поделились следующим образом составили – 23,5% имевших и 76,7% не имевших инвалидности. Во второй группе наличия инвалидности выявлено не было.

По наличию отягощенной наследственности данные в первой группе составили : 27.7% пациентов не имели отягощенной наследственности, у 71.5 % она была, в группе больных с ШАР 22,2% имели а анамнезе данные о наличии отягощенной наследственности , 77,8% без таковой.

По типу шизоаффективного расстройства по преобладающему аффекту пациенты разделились на следующие группы : депрессивный тип 8 чел. (44.4%), маниакальный тип 10 чел.(55,6%).

Таблица 3

Распределение больных в зависимости от опыта употребления ПАВ

Наличия опыта употребления ПАВ	Больные ШАР	Больные шизофренией	Значимость различий, р
Есть	40,4	39,8	1.000
Нет	58,7	59,2	1.000

В зависимости от наличия опыта употребления психоактивных веществ весомых отличий между группами сравнения не было (таблица 3)

### **3.1 Характеристика психического состояния больных ШАР и шизофренией**

Оценка была осуществлена путем анализа результатов полученных в ходе исследования обеих групп по шкале PANSS .

Результаты по шкале PANSS

Таблица 4



Показатель PANSS	Больные ШАР	Больные шизофренией
	М±m, баллы	М±m, баллы
P1 Бредовые идеи	0,8±0,486	1,9±0,543
P2 Структурные нарушения мышления	2,5±0,134	2,9±0,124
P3 Галлюцинаторное поведение	1,9±0,776	2,5±0,876
P4 Возбудимость	1,9±0,776	1,2±0,986
P5 Бред величия	3,1±0,780	5,2±0,765
P6 Подозрительность/бред преследования	1,3±0,260	1,5±0,349
P7 Враждебность (агрессивность)	1,6±0,667	2,3±0,542
H1 «Тупой аффект»	0,5±0,793	0,7±0,832
H2 Эмоциональный уход	2,0±0,251	3,3±0,341
H3 Бедность эмоциональных связей	0,1±0,796	0,4±0,676
H4 Пассивный/апатичный социальный уход в себя	0,4±0,510	0,8±0,340
H5 Нарушение абстрактного мышления	0,7±0,286	0,6±0,356
H6 Недостаток спонтанности и свободного течения разговора (бедность мышления)	0,1±0,509	0,5±0,589
H7 Стереотипное (ригидное) мышление	0,2±0,470	1,9±0,560
O1 Соматическая озабоченность	1,2±0,703	1,3±0,703

(ипохондричность)		
О2 Тревожное состояние (тревожность)	2,4±0,343	2,9±0,119
О3 Идеи виновности	2,2±0,716	3,2±0,764
О4 Напряженное состояние (внешнее проявление тревоги)	2,3±0,183	2,8±0,528
О5 Манерность и вычурность	2,5±0,776	1,9±0,676
О6 Депрессия	5,5±0,024	6,5±0,034
О7 Моторная задержка (замедление двигательной активности)	4,6±0,692	7,1±0,976
О8 Отказ от сотрудничества/взаимодействия (негативизм)	0,0±0,709	1,2±0,709
О9 Необычное содержание мыслей (нелепые идеи)	1,3±0,482	1,4±0,212
О10 Дезориентация (помрачение сознания)	1,9±0,543	2,1±0,124
О11 Дефицит внимания	0,5±0,693	0,9±0,719
О12 Отсутствие здравомыслия и способности к реальной оценке (отсутствие критики)	0,4±0,893	0,6±0,386
О13 Нарушение воли	2,4±0,232	3,1±0,124
О14 Слабый контроль за импульсами (инстинктами)	1,3±0,576	1,7±0,776
О15 Озабоченность (аутизм)	1,2±0,776	1,7±0,453
О16 Активный уход из социальной жизни (социальные фобии и страхи)	2,3±0,550	3,9±0,690

**Результаты по шкале Калгари больных с шизоаффективным расстройством (n=8)**

Таблица 5

	Среднее значение	Стандартное отклонение
Депрессия	0,3*	1,9
Безнадежность	0,2*	1,9
Самоуничтожение	0,2*	2,1
Идеи обвинения	0,43*	1,4
Патологическое чувство вины	0,17*	0,75
Утренняя депрессия	1,5*	0,6
Раннее пробуждение	1,8*	1,9
Суицид	1,2*	1,5
Наблюдаемая депрессия	1,9*	1,9

Примечания: \* –  $p < 0,001$

Таблица 6

**Результаты по шкале мании Янга больных с шизоаффективным  
расстройством (n= 10)**

	Среднее значение	Стандартное отклонение
Приподнятое настроение	2,4*	2,1
Увеличение моторной активности, энергичность	3,3*	1,4
Сексуальная заинтересованность	1,9*	0,5
Сон	2,7*	1,7
Раздражительность	2,5*	2,9
Речь (скорость и количество)	2,7*	1,5
Нарушение мышления	1,9*	0,9
Содержание идей	3,1*	2,3
Агрессивное поведение	0,5*	0,2
Внешний вид	0	0
Сознание болезни	1,2*	0,7

Примечания: \* –  $p < 0,001$ .

На момент обследования пациенты обеих групп находились в состоянии ремиссии. Общий балл по PANSS составлял 46,3 ( $\pm CO=9,8$ ) баллов; По наличию остаточной психопатологической симптоматики больные распределились следующим образом: 1) пациенты с полной или практически полной ремиссией (суммарный балл по PANSS – 30–45): среднее значение тяжести расстройств составляло  $37,5 \pm 3,5$  (16 чел., 39,0%); 2) больные с частичной ремиссией (46–60 баллов по PANSS): среднее значение  $49,7 \pm 3,7$ ; (20 чел., 48,7%); 3) пациенты с тяжестью расстройств по PANSS более 60 баллов (61–66): среднее значение  $64,7 \pm 2,6$  (4 чел., 9,7%).

PANSS у пациентов с ШАР составил 43,4 ( $\pm$ CO=3,7), у пациентов с шизофренией 54,6 ( $\pm$ CO=4,2)

Общий балл по шкале мании Янга составлял 18,3 ( $\pm$ CO=3,2). В ходе анализа выявилось следующее распределение : 1) пациенты без признаков мании (суммарный балл по шкале Янга – 0-12) среднее значение составило 7,9 $\pm$  2,7 (2чел., 20,0%); 2) пациенты в состоянии гипомании ( суммарный балл по шкале Янга - 13 до 21 балла): среднее значение 16,3 $\pm$ 3,1 (6чел., 60,0%); 3) пациенты в состоянии мании ( суммарный балл по шкале Янга – 22-30 балла): среднее значение 27,2 $\pm$  2,8 (2чел., 20,0%), при этом пациентов с тяжелой формой мании обнаружено не было.

Общий балл по шкале Калгари среди пациентов ШАР с 7,7 ( $\pm$ CO=4,1) баллов. (таблицы 4,5,6,)

Наличие ремиссии подтверждает шкала (PSP), в которой оцениваются четыре параметра жизни пациента: отношения с близкими и прочие социальные отношения, социально полезная деятельность, включая работу и учебу, самообслуживание и беспокоящее или агрессивное поведение. (табл. 8)

Таблица 7

#### Результаты по шкале социального и личностного функционирования

Баллы	Больные ШАР	Больные шизофренией	Значимость различий, p
100-91	25,0	0,0	<0,001
90-81	45,0	4,3	<0,001
80-71	30,0	15,0	<0,001
70-61	0,0	67,3	<0,001
60-51	0,0	11,5	<0,001

Таблица 8

#### Сравнительная таблица по шкале социального и личного функционирования

Области	Больные ШАР	Больные	Значимость
---------	-------------	---------	------------

функционация		шизофренией	различий p
a(социально полезная деятельность)	81,2±CO=2,4	75,3±CO=3,4	<0,05
b(отношения с близкими и прочие социальные отношения)	79,5±CO=3,1	61,4±CO=2,7	<0,05
c(самообслуживание)	94,1±CO=2,3	75,5±CO=3,4	<0,05
d(беспокоящее и агрессивное поведение)	86,3±CO=3,4	69,4±CO=3,4	<0,05

Исходя из данных можно судить о том, что большинство пациентов, болеющих шизофренией имеют заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в нескольких областях, преимущественно в области социально полезной деятельности или в социальных отношениях. Кроме того выявлены заметные нарушения у больных шизофренией во всех областях функционирования.

### 3.2 Характеристика когнитивных функций у больных ШАР

При обследовании больных с помощью шкалы BACS были выявлены следующие особенности: тесты «моторные навыки», «кодирование символов» и «речевая беглость» пациенты в среднем выполняли статистически значимо хуже нормы, однако показатели теста «башня Лондона» оказались достоверно лучше нормативных (табл. 9).

Таблица 9

#### Показатели шкалы BACS больных с расстройствами шизофренического спектра (n=41)

Тесты	Среднее значение	Стандартное Отклонение
Слухоречевая память	44,35	7,68
Последовательность чисел	21,87	7,12

Моторные навыки	39,45*	11,46
Речевая беглость	40,16*	10,92
Кодирование символов	46,21*	10,23
«Башня Лондона»	19,21*	2,85

Примечания: \* –  $p < 0,001$ .

Таблица 10

Сравнительная характеристика когнитивных функций  
больных шизофренией и шизоаффективным расстройством

BACS	Больные ШАР	Больные шизофренией	Значимость различий, p
Слухоречевая память	39,50 (8,42)	34,44 (6,25)	0,1
Последовательность чисел	20,41 (3,18)	18,19 (2,34)	0,2
Моторные навыки	42,67 (4,51)	39,42 (5,67)	0,1
Речевая беглость	42,43 (10,12)	35,12 (7,64)	0,03
Кодирование символов	44,83 (9,45)	37,12 (6,87)	0,02
«Башня Лондона»	18,13 (3,23)	17,75 (2,47)	0,1

Анализ результатов нейрокогнитивных тестов в зависимости от заболевания представлен в табл. 10. Исходя из полученных данных можно говорить о том, что пациенты с ШАР имеют лучший когнитивный профиль нежели

пациенты с шизофренией , однако это не касается теста – Башня Лондона , при котором обе группы имели высокий результат , на уровне нормы.

Для пациентов первой группы характерно снижение показателей в заданиях: слухоречевая память, моторные навыки, речевая беглость, что говорит о некотором снижении возможностей вербальной памяти, незначительных моторных нарушениях, скованности действий и затрудненном потоке ассоциаций. В обеих группах наблюдается снижение скорости обработки информации.

Таблица 11

Корреляции между субтестами ВАСС и суммарной оценкой по PANSS

Показатели ВАСС	Корреляции	
	Больные шизофренией	Больные ШАР
Слухоречевая память	-0,26***	-0,07
Последовательность чисел	-0,17	-0,13
Моторные навыки	-0,14	-0,20
Речевая беглость	-0,22**	-0,24
Кодирование символов	-0,30***	-0,40**
«Башня Лондона»	-0,11	-0,30*

Примечания: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,005$ ; \*\*\*\* –  $p \leq 0,001$ .



Выраженность психопатологической симптоматики (по шкале PANSS) усугубляет нейрокогнитивный дефицит по параметрам «кодирования символов», а также «речевой беглости» (Больные шизофренией), «слухоречевой памяти» (только больные шизофренией) и «башни Лондона» (Больные ШАР) (табл. 11).

Таблица 12

Корреляции между субтестами ВАСС и типом ШАР

Показатели ВАСС	Корреляции	
	Больные ШАР маниакальный тип	Больные ШАР депрессивный тип
Слухоречевая память	0,19***	-0,07
Последовательность чисел	0,15	-0,23
Моторные навыки	-0,14	0,40**
Речевая беглость	0,22**	-0,24
Кодирование символов	0,24***	-0,30**
«Башня Лондона»	0,11	-0,30*

Примечания: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,005$ ; \*\*\*\* –  $p \leq 0,001$ .

Тип ШАР влияет на структуру когнитивного дефицита, так было обнаружена сильная корреляционная связь у пациентов с депрессивным типом в тестах

моторных навыков, кодирования символов, Башня Лондона, в то время как для пациентов с маниакальным типом характерно улучшение показателей по этим же тестам.

Таблица 13

Корреляции между субтестами ВАСС и суммарной оценкой по PSP

Показатели ВАСС	Корреляции	
	Больные шизофренией	Больные ШАР
Слухоречевая память	0,27	0,32
Последовательность чисел	0,13	0,43
Моторные навыки	0,26*	0,27***
Речевая беглость	0,23	-0,24
Кодирование символов	-0,14	-0,27**
«Башня Лондона»	0,41**	0,30*

Примечания: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,005$ ; \*\*\*\* –  $p \leq 0,001$ .

Высокие показатели по шкале PSP, то есть высокий уровень социального функционирования в обеих группах больных улучшает показатели нейрокогнитивного функционирования.

Оценка когнитивных функций проводилась с помощью комплексной фигуры Рея – Остеррита. Методика оценивает нейрокогнитивный дефицит.

Таблица 14

Результаты оценки нейрокогнитивного дефицита с помощью теста

Рея – Остеррита

Показатель	Больные ШАР ME(SD)	Больные шизофренией ME(SD)	Значимость различий, p
Наличие и точность при копировании	55,12 (8,74)	39,65 (21,43)	0,014
Наличие и точность при воспроизведении	40,23 (15,33)	34,45 (18,92)	0,250
Наличие и точность при отсроченном воспроизведении	37,12 (12,14)	32,76 (13,65)	0,335
Объем немедленного сохранения	44,84 (21,12)	45,81 (22,63)	0,980
Объем	52,82 (10,83)	58,12 (10,13)	0,175

отсроченного сохранения			
Организация	29,38 (4,95)	25,82 (4,45)	0,03

При оценке наличия и точности при копировании, воспроизведении, и отсроченном воспроизведении, можно предположить, что пациенты с ШАР обладают лучшими показателями конструктивной способности, исполнительной функции, а так же зрительной памяти.

Таблица 15

Результаты корректурной пробы в модификации Вассермана

	Больные ШАР	Больные шизофренией	Значимость различий, р
Время выполнения верхней половины, секунды	152.70 (59.12)	110.00 (62.31)	0,020
Время выполнения нижней половины, секунды	155.00 (87.05)	157.50 (88.66)	1,000
Общее время	300.67 (132.51)	259.50 (139.56)	0,139
Общее количество ошибок	9.55 (7.16)	11.02 (9.56)	0,621
Количество ошибок слева	4.68 (3.26)	5.13 (4.61)	0,784
Количество	4.97 (3.82)	5.87 (4.93)	0,306

ошибок справа			
Коэффициент асимметрии внимания	1.20 (0.76)	1.30 (0.95)	0,865
Индекс утомляемости	1.32 (0.53)	0.53 (0.36)	0,002

Как показали данные, для больных характерно снижение уровня активного внимания и умственной работоспособности. В то время как пациенты с ШАР имеют нормальный уровень психического функционирования.

Таблица 16

### Корреляции между субтестами ВАСС и образованием больных

Показатели ВАСС	Корреляции	
	Больные шизофренией	Больные ШАР
Слухоречевая память	-0,06*	-0,04*
Последовательность чисел	-0,03*	0,18*
Моторные навыки	-0,29*	0,04
Речевая беглость	-0,05*	-0,04*
Кодирование символов	-0,05*	-0,05*
«Башня Лондона»	-0,06*	0,09*

Примечания: \* –  $p \leq 0,05$

Анализ данных по поводу зависимости проявления когнитивного дефицита от образования, существенного результата не дал, как было выяснено, показатели ВАСС не зависят от полученного образования.

Таблица 17

### Оценка побочных эффектов проводимой терапии, шкала UKU

Симптом	Больные ШАР	Больные шизофренией	Значимость различий, р
	Нет/Есть		
Нарушение концентрации	78.6/ <b>21.4</b>	28.5/ <b>71.5</b>	0.007
Астения, вялость, утомляемость	78.6/ <b>21.4</b>	28.5/ <b>71.5</b>	0.004
Сонливость, седация	94.7/ <b>5.3</b>	45.4/ <b>54.6</b>	0.009
Нарушение памяти	80.7/ <b>19.3</b>	48.3/ <b>51.7</b>	0.056
Депрессия	100.0/ <b>0.0</b>	80.2/ <b>19.8</b>	0.068
Напряжение, внутреннее беспокойство	83.3/ <b>16.7</b>	70.0/ <b>30.0</b>	0.773
Увеличение продолжительности сна	96.7/ <b>3.3</b>	50.5/ <b>49.5</b>	0.001
Уменьшение продолжительности сна	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1
Увеличение интенсивности	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1

сновидений			
Эмоциональная индифферентность	100.0/ <b>0</b>	78.8/ <b>21.2</b>	0.067
Дистония	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1
Ригидность	100.0/ <b>0.0</b>	46.7/ <b>53.3</b>	<0.001
Гипокинезия, акинезия	96.7/ <b>3.3</b>	50.0/ <b>50.0</b>	0.001
Гиперкинезия	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1
Тремор	100.0/ <b>0.0</b>	81.2/ <b>18.8</b>	0.223
Акатизия	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1
Эпилептические припадки	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1
Парестезии	96.3/ <b>3.7</b>	80.9/ <b>19.1</b>	0.223
Нарушения аккомодации	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1
Усиленное слюноотделение.	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1
Сухость во рту	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1
Тошнота, рвота	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1
Диарея	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1
Запоры	100.0/ <b>0.0</b>	20.0/ <b>80.0</b>	<0.001
Задержка мочеиспускания	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1
Усиленное мочеиспускание	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1
Ортостатизм.	90.0/ <b>10.0</b>	75.0/ <b>25.0</b>	0.359
Тахикардия	85.4/ <b>14.6</b>	68.1/ <b>31.9</b>	0.285
Усиленное потоотделение	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1
Кожные высыпания	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1
Зуд	92.8/ <b>7.2</b>	75.0/ <b>25.0</b>	0.178
Светочувствительность ь	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1
Гиперпигментация	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1
Прибавка в весе	50.0/ <b>50.0</b>	50.0/ <b>50.0</b>	0.9
Потеря в весе	100.0/ <b>0.0</b>	100.0/ <b>0.0</b>	1

	Жен	Муж	Жен	Муж	1
Меноррагия	100.0/0. 0	-	100.0/0. 0	-	1
Гиперменоррея	100.0/0. 0	-	100.0/0. 0	-	1
Галакторея	100.0/0. 0	-	100.0/0. 0	-	1
Гинекомастия	-	100.0/0. 0	-	100.0/0. 0	1
Усиленное сексуальное влечение	-	100.0/0. 0	-	100.0/0. 0	1
Эректильная дисфункция	-	100.0/0. 0	-	96.7/3.3	1.000
Нарушение эякуляции.	-	100.0/0. 0	-	100.0/0. 0	1
Нарушение оргазма	100.0/0. 0	100.0/0. 0	100.0/0. 0	100.0/0. 0	1
Вагинальная сухость	100.0/0. 0	-	100.0/0. 0	-	1
Головные боли	87.5/12.5		86.7/13.3		1.000
Физическая зависимость	100.0/0.0		100.0/0.0		1
Психологическая зависимость.	100.0/0.0		100.0/0.0		1

Данные по поводу оценки проводимой терапии по шкале UKU показали что для пациентов с шизофренией характерны такие жалобы как : нарушение концентрации внимания, утомляемость, вялость, акинезия 71,5% , нарушение памяти 51,7% , увеличение продолжительности сна 45,8%, сонливость 45,4%,



в то время как у пациентов с шизоаффективным расстройством те же жалобы составили : 21,4% (нарушение концентрации внимания, утомляемость, вялость, акинезия), 19,9% ( нарушение памяти ), 21,4% (увеличение продолжительности сна ), 5,3% (сонливость) (табл.14).

Ригидность была практически не характерна для пациентов с ШАР, в то время как у пациентов с шизофренией 53,3%.

На прибавку в весе процентное соотношение оказалось одинаковым 50% для обеих групп пациентов.

Таблица 18

**Характеристика преморбидного типа личности у больных ШАР (n=18)**

Особенности характера в преморбиде	Количество больных	
	Абс.	%
Без признаков расстройств	2	11,
Возбудимый	1	5,6
Эпилептоидный	2	11,1
Лабильный	2	11,1
Шизоидный	6	33,3
Астенический	2	11,1
Гипертимный	1	5,6
Неустойчивый	3	16,7

В ходе анализа преморбидного типа личности пациентов с ШАР и шизофренией выяснилось , что в основном контингент представлен

шизоидной акцентуацией – 33,3% среди пациентов с ШАР и шизоаффективным расстройством.

Таблица 19

**Корреляции между субтестами ВАСС и типом преморбидной личности у больных с ШАР**

Показатели ВАСС	Корреляции
Слухоречевая память	-0,01
Последовательность чисел	0,03
Моторные навыки	-0,32*
Речевая беглость	0,04*
Кодирование символов	0,05*
«Башня Лондона»	-0,12

Примечания: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,005$ ; \*\*\*\* –  $p \leq 0,001$ .

Анализ данных по поводу зависимости проявления когнитивного дефицита от преморбидного типа личности у больных ШАР, существенного результата не дал . Данный результат нельзя рассматривать полноценно, так как выборка была недостаточной

## **Обсуждение результатов**

Еще в 1981 году выяснилось , что пациенты с ШАР выполняли задачи на сосредоточение внимание гораздо лучше нежели больные шизофренией . Данные полученные в ходе работы подтверждают данную гипотезу. Тесты выполняемые больными ШАР ( ВАСС, комплексная фигура Рея-Остерра ) показали высокий уровень сохранности когнитивных способностей по сравнению с пациентами с шизофренией.

Ряд исследований проводимые в 2005 году Стипом и др. показали значительную разницу при выполнении заданий направленных на зрительно-пространственную ориентацию и визуально-моторную ориентацию (например ассоциированное мышление , исследование моторных функций ) Пациенты с ШАР справились лучше, что не противоречит данным полученным в ходе проведенной работе.

Тесты проводимые группой ученых во главе с Грубером в 2006 году продемонстрировали , что пациенты страдающие шизофренией имели нарушения как вербальной , так и зрительно-пространственной ориентации , в то время как те же функции у больных ШАР были сохранены. Не смотря на то , что в ходе работы был выявлен подобный дефицит и у пациентов с ШАР , однако его уровень был гораздо меньше , чем у пациентов с шизофренией.

В целом работа не опровергает ни один из существующих ныне гипотез , в ряде случаев несмотря на имеющиеся не соответствия , а именно уровень нарушений когнитивного функционирования у больных с ШАР , все же наличие более грубого дефицита у пациентов с шизофренией подтверждено.

## **Выводы**

1. У больных ШАР и шизофренией выявляется нейрокогнитивный дефицит, который в обоих случаях носит неравномерный характер, но

различается структурой и выраженностью. Для пациентов с ШАР характерна меньшая частота возникновения когнитивного дефицита.

2. У больных ШАР выявлено незначительное снижение скорости психических процессов, психомоторных навыков, в то время как у больных шизофренией - слухоречевой памяти, рабочей памяти, беглости речи, скорости психических процессов, психомоторных навыков.
3. Больные шизофренией отличаются от больных ШАР большей выраженностью когнитивного дефицита.
4. Выраженность психопатологической симптоматики (по шкале PANSS) усугубляет нейрокогнитивный дефицит у больных ШАР.
5. Высокий уровень социального функционирования у больных ШАР улучшает показатели нейрокогнитивного функционирования .
6. Выявлена связь между типом ШАР и степенью проявления когнитивного дефицита. Для депрессивного типа характерно более резкое снижение психомоторных навыков по сравнению с пациентами маниакального типа.
7. Степень когнитивного дефицита больных ШАР непосредственно связана с клиническими и терапевтическими факторами. С ухудшением клинической картины когнитивное функционирование ухудшается.

## **Практические рекомендации**

Используя данные полученные в ходе работы, рекомендуется использование нейрокогнитивных тестов для упрощения постановки диагноза – шизоаффективного расстройства.

Глубокое изучения когнитивного дефицита позволит в будущем более эффективно проводить дифференциальный диагноз между шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

Оценка когнитивного дефицита , так же служит отличным показателем успешности терапии , кроме того наличие данных когнитивного профиля в будущем сможет выступать в роли предиктивного фактора развития осложнений.

#### **Список литературы**

1. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика нейрокогнитивного дефицита: рестандартизация и апробация методики «Комплексная фигура Рея-Острица»: методические рекомендации // Л.И. Вассерман, Т.В. Чередникова – СПб, 2011 г.
2. Вишневская О. А., Гвоздецкий А. Н., Петрова Н. Н. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – №. 4. УДК: 616.895.8-058
3. Гурович И. Я. и др. Динамика ремиссии у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством после первых психотических приступов: длительная поддерживающая терапия оланзапином // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15. – №. 1. УДК: 616.89-085
4. Гурович И. Я. Ресоциализирующий эффект антипсихотиков в комплексной терапии больных с впервые возникшими психотическими

- состояниями // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 1. – С. 43–48.
5. Зайцева Ю. С., Корсакова Н. К. Динамика нейрокогнитивного дефицита у пациентов с различной степенью прогрессивности шизофрении при первых приступах и в течение 5-летнего катамнеза // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18. – №. 2. УДК: 616.895.8-072.8
  6. Иванов М.В., Ильина О.Г., Янушко М.Г. Психологическая диагностика нейрокогнитивного дефицита при шизофрении. Пособие для врачей и медицинских психологов. – Санкт-Петербург, 2007 г. – 20 с.
  7. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б., Цукарзи Э.Э. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению шизофрении: проект 07.11.2013. / [электронный ресурс] сайт Российского общества психиатров <http://psychiatr.ru>
  8. Семенкова Е. А. Нейрокогнитивный дефицит у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра вне обострения: возрастной аспект // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – №. 2. УДК: 616.89-085
  9. Тиганов А. С., Снежневский А. В., и др. Руководство по психиатрии / Под ред. академика РАМН А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 1. — С. 636—667. — 712 с.
  10. Шмуклер А. Б. Современные подходы к диагностике шизофрении и расстройств шизофренического спектра (концепция DSM-5) // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина – 2013 – Т. 15 – № 5. – С.43-51.
  11. Anaya C. et al. A systematic review of cognitive remediation for schizo-affective and affective disorders // Journal of affective disorders. – 2012. – Т. 142. – №. 1. – С. 13-21.

12. Andreasen N. C. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus // *Am. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162(3). – P. 441–449.
13. Andreasen N. C. Standardized remission criteria in schizophrenia // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2006. – Vol. 113(2). – P. 91–95.
14. Bersani G. et al. Facial expression in patients with bipolar disorder and schizophrenia in response to emotional stimuli: a partially shared cognitive and social deficit of the two disorders // *Neuropsychiatric Disease & Treatment.* – 2013. – T. 9. doi: [10.2147/NDT.S46525](https://doi.org/10.2147/NDT.S46525)
15. Bora E., Yücel M., Pantelis C. Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study // *The British Journal of Psychiatry.* – 2009. – T. 195. – №. 6. – C. 475-482.
16. Bora E., Yücel M., Pantelis C. Cognitive impairment in affective psychoses: a meta-analysis // *Schizophrenia Bulletin.* – 2010. – T. 36. – №. 1. – C. 112-125.
17. Bora E., Yücel M., Pantelis C. Cognitive impairment in schizophrenia and affective psychoses: implications for DSM-V criteria and beyond // *Schizophrenia bulletin.* – 2009. doi: 10.1093/schbul/sbp094
18. Bornstein RA, Nasrallah HA, Olson SC, et al. Neuropsychological deficit in schizophrenic subtypes: paranoid, nonparanoid, and schizoaffective subgroups. *Psychiatry Res* 1990 Jan; 31 (1): 15-24
19. Evans JD, Heaton RK, Paulsen JS, et al. Schizoaffective disorder: a form of schizophrenia or affective disorder? *J Clin Psychiatry* 1999 Dec; 60 (12): 874-82
20. Flaum M, Amador X, Gorman JM. DSM-IV field trial for schizophrenia and other psychotic disorders. In: Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, editors.

- DSM-IV sourcebook. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994: 687-713
21. Fiszdon JM, Choi J, Goulet J, et al. Temporal relationship between change in cognition and change in functioning in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008; 105 (1-3): 105-13
  22. Foussias G. et al. Negative symptoms of schizophrenia: clinical features, relevance to real world functioning and specificity versus other CNS disorders // *European Neuropsychopharmacology*. – 2014. – T. 24. – №. 5. – C. 693-709.
  23. Goldstein G, Shemansky WJ, Allen DN. Cognitive function in schizoaffective disorder and clinical subtypes of schizophrenia. *Arch Clin Neuropsychol* 2005 Mar; 20 (2): 153-9
  24. Gruber O, Gruber E, Falkai P. Articulatory rehearsal in verbal working memory: a possible neurocognitive endophenotype that differentiates between schizophrenia and schizoaffective disorder. *Neurosci Lett* 2006 Sep 11; 405 (1-2): 24-8
  25. Harvey P. D. et al. Comparative effects of risperidone and olanzapine on cognition in elderly patients with schizophrenia or schizoaffective disorder // *International journal of geriatric psychiatry*. – 2003. – T. 18. – №. 9. – C. 820-829.
  26. Hill S. K. et al. Neuropsychological impairments in schizophrenia and psychotic bipolar disorder: findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) study // *American Journal of Psychiatry*. – 2013. – T. 170. – №. 11. – C. 1275-1284.
  27. Kantrowitz J. T., Citrome L. Schizoaffective Disorder // *CNS drugs*. – 2011. – T. 25. – №. 4. – C. 317-331.



28. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses. *Am J Psychiatry* 1933; 90: 97-126
29. Krabbendam L, Arts B, van Os J, et al. Cognitive functioning in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a quantitative review. *Schizophr Res* 2005 Dec 15; 80 (2-3): 137-49
30. Kraepelin E. *Dementia praecox and paraphrenia*. Edinburgh: Livingston, 1919
31. Lewandowski K. E. et al. Is cognitive enhancement therapy equally effective for patients with schizophrenia and schizoaffective disorder? // *Schizophrenia research*. – 2011. – T. 125. – №. 2. – C. 291-294.
32. Lewandowski K. E. et al. Relationship of neurocognitive deficits to diagnosis and symptoms across affective and non-affective psychoses // *Schizophrenia research*. – 2011. – T. 133. – №. 1. – C. 212-217.
33. Medalia A., Saperstein A. M. Does cognitive remediation for schizophrenia improve functional outcomes? // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2013. – T. 26. – №. 2. – C. 151-157.
34. Reichenberg A. The assessment of neuropsychological functioning in schizophrenia // *Dialogues Clin Neurosci*. – 2010. – T. 12. – №. 3. – C. 383-392.
35. Robinson D. G. et al. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder // *Am. J. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 161(3). – P. 473–479
36. Schellenberg R, Knorr W, Schindler M, et al. EEG-power spectral components of schizoaffective disorders. *Schizophr Res* 1990 Oct-Dec; 3 (5-6): 357-9

37. Simonsen C. et al. Neurocognitive dysfunction in bipolar and schizophrenia spectrum disorders depends on history of psychosis rather than diagnostic group //Schizophrenia Bulletin. – 2009. doi: 10.1093/schbul/sbp034
38. Stip E, Sepehry AA, Prouteau A, et al. Cognitive discernible factors between schizophrenia and schizoaffective disorder. Brain Cogn 2005 Dec; 59 (3): 292-5
39. Thoma P., Daum I. Neurocognitive mechanisms of figurative language processing—evidence from clinical dysfunctions // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. – 2006. – T. 30. – №. 8. – C. 1182-1205.
40. Torrent C, Martinez-Aran A, Amann B, et al. Cognitive impairment in schizoaffective disorder: a comparison with non-psychotic bipolar and healthy subjects. Acta Psychiatr Scand 2007 Dec; 116 (6): 453-60
41. Torniainen M. et al. Cognitive impairments in schizophrenia and schizoaffective disorder: relationship with clinical characteristics // The Journal of nervous and mental disease. – 2012. – T. 200. – №. 4. – C. 316-322.
42. Townsend LA, Malla AK, Norman RM. Cognitive functioning in stabilized first-episode psychosis patients. Psychiatry Res 2001 Nov 1; 104 (2): 119-31
43. Van Os J. et al. Standardized remission criteria in schizophrenia // Acta sychiatr. Scand. – 2006. – Vol. 113, № 2. – P. 91–95

