

УДК: 159.922:616.895.8

ВВК: 88.251:56.145.51

Педагогические науки

**Значение включения в преподавание раздела
«Расстройства познавательной деятельности при
шизофрении» в программы ФПО по предметам
«Психиатрия», «Психиатрия-наркология» и
«Психотерапия» для формирования у специалистов
навыков клинического мышления.**

© *Д.В. Плотников*

Плотников Д.В. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, ФГБОУ ВО
«Курский Государственный Медицинский Университет» Минздрава России (КГМУ)
E-mail: PlotnikovDV@kursksmu.net
Адрес: ул. К. Маркса, 3, г. Курск, 305041, Российская Федерация

41

РЕЗЮМЕ

Данная статья рассматривает значимость и важность включения разделов «Психиатрия», «Психиатрия-наркология» и «Психотерапия» для формирования у специалистов навыков клинического мышления.

Исследование проводилось на базе патопсихического кабинета Курской областной психиатрической больницы (зав. кабинетом В.В. Плотников) в содружестве с врачами-психиатрами Л.Б. Дятловой и Е.Е. Татаренко. Анализ предсертификационного тестирования и дальнейшего сертификационного экзамена курсантов ФПО, интернов и ординаторов показало, что использование в педагогическом процессе данного руководства, сочетающего клиничко-психопатологический и патопсихологический подходы, не только формирует у врачей-психиатров, наркологов, психотерапевтов навыки развернутого, мультидисциплинарного, интегративного клинического мышления, но и способствуют их лучшему взаимопониманию с клиническими психологами в повседневной практической деятельности при оценке познавательной деятельности больных шизофренией.

Ключевые слова: преподавание, расстройства познавательной деятельности при шизофрении, психиатрия, психиатрия-наркология, психотерапия, клиническое мышление, студенты.

Стоящие перед современной медициной, в частности психиатрией и психиатрией-наркологией задачи по кардинальному улучшению показателей качества оказываемых медицинских услуг, включая корректную диагностику, терапию соответствующую наивысшим современным стандартам психофармакологических, психотерапевтических и других технологий, подразумевают необходимость качественного улучшения профессиональной подготовки специалистов-врачей.

Данная цель должна достигаться не только за счет перехода и системе непрерывного после дипломного образования, но и за счет постоянного совершенствования образовательных программ последипломной подготовки. В частности, необходимо постоянно расширять и пополнять сведениями о новых технологиях диагностики и терапии психической и наркологической патологии соответствующие разделы таких программ. Постоянное получение врачами сведений о новых препаратах, психотерапевтических подходах, использовании новых и опыте расширенного применения уже существующих диагностических инструментов, формирует у них не только высокий профессионализм, но и усиливает мотивацию к непрерывному профессиональному саморазвитию.

Кафедра психиатрии КГМУ на протяжении многих лет, последовательно и усиленно использует при проведении в рамках ФПО семинарских и практических занятий авторские диагностические методики, созданные её сотрудниками (ТАСТ-Тест Акцентуации Свойств Темперамента), (МДСП-Методика Дифференцированной Оценки Свойств Понятий) и т.д.

Используются в процессе подготовки врачей психиатров, психиатров-наркологов, и психотерапевтов и обобщённые, изданные в виде учебного пособия «Расстройства познавательной деятельности при разных формах течения

шизофрении» (Курск-2015) обобщенные и систематизированные результаты исследовательской деятельности профессор кафедры Психиатрии В.В. Плотникова и Зав. Кафедрой психиатрии профессора Д.В. Плотникова.

Нарушения познавательной деятельности – важнейший симптом шизофрении, давший первоначальное название всему заболеванию – *dementia praecox*. Естественно, на протяжении всей истории изучения шизофрении у исследователей не ослабевало внимание к анализу нарушений познавательной деятельности больных. Проблему изучали клиницисты, пато- и нейропсихологи, специалисты смежных областей.

Клиницисты дали мастерские описания шизофренических продукций. Используемые авторами термины («разорванность», «резонерство», «странность», «причужденность», «инакомыслие» и т. д.) тонко отражали внешние впечатления от особенностей мыслительной деятельности больных и широко используются в практической диагностике заболевания.

В то же время клиницисты редко посвящали работы описанию исключительно расстройств мышления больных. Они описывали нарушения мышления наряду с другими симптомами заболевания и сосредотачивали внимание на поиске главных отличительных особенностей мыслительной деятельности, имеющих диагностическое значение. Заключение клиницистов часто строилось на основе наблюдений отдельных иллюстративных случаев, что делало эти заключения яркими и убедительными. Однако они не были достаточно систематичными и последовательно не увязывались с конкретными клиническими состояниями. Как указали Hanfman и Kasanin, клинические наблюдения были «ограничены наиболее заметными эффективными явлениями, в то время как менее выразительные, но, возможно, как раз важные признаки, проходили незамеченными». Об этом

же писал Cameron, подчеркивая, что полученные данные о типах расстройств мышления при шизофрении «крайне неполно характеризуют шизофренное символическое мышление и никоим образом не применимы ко всем шизофренным больным. Мы все еще очень далеки от цели полного описания языка и мышления при синдромах дезорганизации и десоциализации».

Пато- и нейропсихологи, пришедшие в клинику со своими психологическими теориями и экспериментальными методами, поставили изучение нарушений познавательной деятельности на строго экспериментальную основу. Патология мыслительной деятельности стала изучаться исходя из определенных психологических концепций, проверяемых в специально создаваемых экспериментальных ситуациях при контролируемых условиях деятельности. Было исследовано много психологических концепций с использованием соответствующих концепциям методик. Однако даже в рамках одних и тех же психологических концепций, и используемых экспериментальных методик разные авторы у больных с диагнозом «шизофрения» получили противоречивые результаты. Исследователи стали искать те дополнительные факторы, не учитываемые в работах, но которые могли влиять на окончательные результаты.

Прежде всего, внимание было обращено на состояние преморбидного интеллекта исследуемых больных.

Wecowics и Blewett, Lahn, Chapman и др. сумели показать, что достижения больных в понятийных заданиях существенно коррелируют не только с наличием или отсутствием шизофрении, но и с уровнем преморбидного интеллекта. Этот вывод в категорической форме подтвердили McGaughan и Moran. Исследуя связь уровня образования и IQ с результатами выполнения понятийных заданий, они пришли к заключению, что уровень концептуализации более тесно коррелирует с уровнем интеллекта, чем с

наличием или отсутствием шизофрении.

В русле этих исследований ряд работ были посвящены изучению состояния мыслительной деятельности здоровых субъектов, в последующем заболевающих шизофренией. Mason изучал уровень интеллекта военнослужащих при призыве в армию, а затем сравнивал показатели здоровых и заболевших шизофренией в течение срока прохождения службы. Найдено, что субъекты, заболевающие параноидной и кататонической формами, не отличались от нормальных людей по уровню интеллекта, а заболевающие гебефренической и простой формами, обнаруживали более низкие интеллектуальные показатели. Shakow, сопоставив статистические данные об образовательном уровне больных шизофренией и здоровых людей, подтвердил этот вывод.

Ряд исследователей указывали на сильную зависимость результатов выполнения психологических методик при шизофрении от структуры использованных в них заданий (Ю.Ф. Поляков; Критская, Мелешко, Поляков; Риккер-Овсянкина и др.). Авторы установили, что больные шизофренией мало отличаются от здоровых людей в хорошо структурированных задачах, предполагающих поиск одного решения, и затрудняются при необходимости выбора предпочтительного направления решения из ряда возможных. Этот вывод подтвердил Bass (1955), который нашел, что больным шизофренией при выполнении заданий сильно помогают внешние указания, направляющие их ответы в определенное русло. Подобную же неравномерность результатов при выполнении различных по структуре заданий теста Векслера отмечали Garfield, Roe и Shakow, Harper и др. Было замечено, что больные шизофренией наиболее дефектно решают вербальные и понятийные задания, предполагающие несколько возможных направлений суждения, и более успешно – субтесты на осведомленность и пространственно-конструктивную деятельность.

Полученные в рассмотренных работах результаты убедительно показали, что при исследовании познавательной деятельности больных шизофренией важно контролировать такие факторы как образование, преморбидный интеллект, структура используемых психологических методик. Тем не менее, учет лишь этих факторов не в состоянии предотвратить несогласующиеся данные относительно шизофренических познавательных процессов. По мнению многих ученых, эти разногласия могут быть связаны с недостаточным вниманием исследователей к оценке конкретных психических состояний изучаемых больных. Это неизбежно могло вести к смешению в группах разнородных клинических состояний и несопоставим результатам психологических исследований.

Дело в том, что пато и нейропсихологи первоначально восприняли диагноз «шизофрения» как имеющий вполне однородное клиническое содержание, унифицирующее психические состояния больных. Исследователи ставили задачу вскрыть особенности познавательной деятельности, присущие заболеванию «в целом», а получаемые разнородные факты пытались трактовать с позиций избранной психологической концепции. При этом внимание акцентировалось на фактах, подтверждающих гипотезу, и недооценивались противоположные результаты. При таком подходе вскоре выяснилось, что у больных с одним и тем же диагнозом «шизофрения» разные исследователи выявляют совершенно разные и несопоставимые варианты расстройств познавательной деятельности.

Между тем, ряд авторов уже давно допускали возможность, что при разных клинических состояниях в рамках шизофрении могут иметь место качественно разные расстройства познавательной деятельности. Benjamin писал, что в шизофреническом мышлении «мы имеем дело со многими механизмами, которые фундаментально отличаются по их генезу и клиническому значению».

Аналогичный вывод сделал и Bellak (1955), указавший: «Моя личная убежденность состоит в том, что если любые данные представляют ценность для всех шизофреников, такие данные должны быть связаны с факторами, которые являются в большей степени вторичными при шизофреническом способе жизни, чем первичными по характеру». Эти данные подчеркнули в качестве важнейшей задачи обоснованный отбор для психологических исследований однородных в клиническом отношении групп больных. В связи с этим некоторые исследователи предпринимали попытки преодолеть неоднородность шизофрении, используя различные способы клинической дифференциации материала, и разделяли исследованных больных на «острых и хронических», на «крепелиновские диагностические подвиды», на «параноидных и непараноидных» и др.

Дихотомия больных на «острых» и «хронических» основана на признаке длительности госпитализации. Многие авторы, разделяя больных на «острых» и «хронических», отметили связь понятийного мышления при шизофрении с длительностью госпитализации. Было отмечено, что хронические больные (срок госпитализации свыше трех лет) обнаруживают больший дефицит в понятийных заданиях, чем ранние или острые больные шизофренией.

Другим видом клинической дифференциации материала являлось его разделение на крепелиновские диагностические подвиды. Kendig, Roe и Shalow, используя стандартизированный тест измерения уровня интеллекта Бине, нашли наиболее высокий интеллектуальный уровень в группе параноидных больных и кататоников, наиболее низкий – в группе простой формы и гебефрении. Авторы отмечали, что различия между отдельными подвидами в группе раннего слабоумия были значительно большими, чем между ранним слабоумием и другими психическими заболеваниями, что делает сомнительным, по мнению авторов,

объединение этих состояний в одну нозологическую форму. К аналогичному выводу пришел Harper, использовавший тест Векслера. Вывод о наиболее выраженном дефиците понятийного мышления при гебефренической и простой формах поддержаны в других работах. В более поздних исследованиях когнитивного дефицита при шизофрении также было выявлено, что он более выражен у больных с непараноидальными формами по сравнению с параноидальным вариантом, а также у больных с гебефренической симптоматикой.

Ряд исследователей считали наиболее обоснованной дихотомию «параноидные-непараноидные», указывая на существенные различия между группами по нейрофизиологическим, воспримчивым, мыслительным и личностным нарушениям. Однако результаты, полученные различными исследователями при изучении познавательной деятельности параноидных и непараноидных больных, оказались прямо противоположными. Payne, Hewlett имели наиболее высокие оценки по сверхвключенному мышлению у параноидных больных по сравнению с непараноидными. Wecowics и Blewett, Charman и др. напротив, отметили, что у параноидных больных сверхвключения в мышлении выражены меньше, чем у непараноидных.

В рассмотренных клинических дихотомиях материала авторы использовали, безусловно, важные показатели текущего процесса. Однако в целом исследователям не удалось уловить тот существенный параметр процесса, определяющий клиническое многообразие больных и позволяющий предотвратить смешение в группах больных с разнородными психическими состояниями.

Действительно, длительность госпитализации, например, положенная в основу разделения больных на «острых» и «хронических», несомненно, косвенно отражает некоторые существенные особенности процесса. Однако учет лишь длительности

госпитализации вне квалифицированной оценки конкретных клинических состояний больных не может создать основу для отбора однородных групп. То же можно сказать относительно дифференции материала по ведущему синдрому («параноидальные-непараноидальные», крепелиновские подвиды). Клинический синдром является важным, но не самодовлеющим проявлением заболевания. Синдромы видоизменяются в процессе течения заболевания, одни и те же синдромологические картины могут иметь место при разных формах течения процесса. Кроме того, пато и нейропсихологи, использующие различные клинические дихотомии материала, пытались выявить лишь количественные (сильнее-слабее), а не качественные различия в нарушениях познавательной деятельности выделяемых групп больных.

В то же время ряд исследователей Becker, Rodnick и Garmezzi, Fine, Zimat пытались проводить клиническую дифференциацию материала, используя факторы развития и прогноза. Они выделяли процессуальную группу, для которой характерна слабо интегрированная препсихотическая личность, длительно скрытое и непрерывное развитие шизофренической симптоматики и плохой прогноз. Для реактивной же шизофрении характерно острое начало заболевания, бурная клиническая картина и относительно хороший прогноз. Эти критерии отражают важные различия в течение этих двух форм заболевания. Однако они далеко не отражают все известные формы течения шизофрении.

Последние десятилетия интенсивные исследования велись на основе разделения клинической симптоматики шизофрении на позитивную и негативную. Andreasen разделяла мнение о том, что все феноменологическое многообразие клинических проявлений шизофрении обусловлены двумя типами симптомов, а именно: позитивными (бред,

галлюцинации, кататонические нарушения) и негативными (уплощенный аффект, апатия, формальные нарушения мышления). Автор подчеркнула недостаточную специфичность нарушений мышления при шизофрении в целом и важность учета контекста появления этих нарушений, т.е. в рамках позитивных или негативных симптомов. Однако в разработанных ею шкалах психометрической оценки симптомов шизофрении именно оценка позитивных и негативных расстройств мышления оказалась наименее убедительной, так что среди пользователей шкал «наибольшие расхождения имеются в отношении интерпретации нарушений мышления».

Т.Н. Grove также считал, что наблюдающуюся при шизофрении симптоматику невозможно объяснить с точки зрения единого патологического процесса и предположил существование, по крайней мере, двух относительно независимых типов нарушений, обуславливающих позитивную (галлюцинации, бред, нарушения мышления) и негативную симптоматику (эмоциональное уплощение, бедность спонтанной речевой продукции, анергия).

Последовавшие вслед за этим многочисленные нейропсихологические исследования показали различную структуру нейрокognитивного дефицита у больных с преобладанием негативной и позитивной симптоматики. Было установлено, что негативная симптоматика больше коррелирует с недостаточностью зрительной памяти, снижением скорости моторных реакций и выполнением правополушарных задач. Позитивная же симптоматика больше связана с нарушением вербальной памяти, с пониманием речи, исполнительной деятельности. Однако ценность этих исследований снижается за счет упрощенной дихотомии клинического состояния больных на две полярные группы. Это не позволяет более дифференцировано квалифицировать состояние больных и соотнести его с особенностями когнитивного дефицита.

Так, по Grove, для шизофрении с преобладанием позитивных симптомов характерно относительно острое начало, полноценный преморбид с хорошей социальной и трудовой адаптацией, преобладание позитивной симптоматики: яркие галлюцинаторно-бредовые переживания, сопровождающиеся аффектами растерянности, страха, тревоги, психомоторным возбуждением. Шизофрения с преобладанием негативных симптомов начинается исподволь, плавно вытекая из шизоидных особенностей личности с плохой преморбидной социально-трудовой адаптацией и низким интеллектом. Течение хроническое с нарастанием негативных симптомов: эмоциональное уплощение, бедность речевой продукции, ангедония, недостаток мотивации и волевых импульсов, снижение энергетического потенциала и психической активности, когнитивный дефицит (нарушения внимания, памяти, операционального мышления, бедность ассоциативного процесса). Продуктивная симптоматика при негативной шизофрении отличается аффективной монотонностью и однообразием психопатологических феноменов. Иными словами, Grove описывает под рубриками позитивной и негативной шизофрении по существу два варианта течения заболевания: приступообразный и непрерывный, близкий к злокачественному. Между тем, формы течения шизофрении, как показывают, в частности, отечественные исследователи много разнообразнее.

В результате в литературе отсутствуют систематические данные о тех вариантах расстройств познавательной деятельности при шизофрении, которые свойственны конкретным клиническим состояниям, не изучены в достаточной мере факторы, определяющие различия в мыслительной деятельности разных больных. Winne, Singer, Silverman на основе систематического обзора литературы пришли к заключению, что встречающиеся в работах клинические подразделения не в состоянии обеспечить

однородность групп больных и все еще «дают слабую основу для исследований». Авторы подчеркнули, что поиск надежного клинического критерия, позволяющего исследовать однородные и сопоставимые клинические группы, продолжает оставаться задачей первостепенной важности на пути преодоления несогласующихся оценок шизофренических познавательных процессов.

В связи со сказанным, особый интерес в контексте разделения больных на однородные группы представляет приоритетное отечественной психиатрии изучение форм течения шизофрении. Этот критерий, по данным отечественных исследователей, отражает существенные клинические различия групп больных, связанные с важными патогенетическими различиями процесса.

Расстройства познавательной деятельности при шизофрении также тесно связаны с основными патогенетическими механизмами заболевания: они часто возникают еще в преморбиде, сопровождают эскалацию симптомов в процессе течения заболевания, выявляются в ремиссиях и в исходных состояниях. Естественно, разные формы течения шизофрении, связанные с разными патогенетическими механизмами заболевания, не могут не сказаться на проявлениях расстройств познавательной деятельности больных.

В нашей стране необходимость строго контролировать клиническое состояние при патопсихологическом исследовании познавательной деятельности больных шизофренией настойчиво подчеркивали Ю.Ф. Поляков с сотрудниками. В то же время их научные интересы ограничивались изучением относительно нерезких расстройств познавательной деятельности при узком диапазоне клинических состояний: исследовались только те расстройства, которые «наиболее отчетливо выступают вне острых состояний при непрерывном течении процесса или в ремиссиях». Вне их поля зрения оказались «все те разнообразные нарушения,

которые, развиваясь довольно быстро, характеризуются динамичностью, и, как правило, обратимы». Иными словами, варианты расстройств познавательной деятельности при многообразных клинических состояниях в рамках разных форм течения шизофрении оказались мало изученными.

Все сказанное определило основные задачи данной работы:

1. Провести комплексное клинико-патопсихологическое исследование расстройств познавательной деятельности больных при шизофрении. Для разделения больных на клинически однородные группы использовать критерии форм течения заболевания, как важнейшего фактора, отражающего различия патогенетических механизмов процесса. В связи с использованием в стране МКБ-10 соотнести клинические состояния в рамках форм течения с рубриками действующей классификации.

2. Использовать наряду с клинико-описательным методом оценки психических состояний набор патопсихологических методик разностороннего исследования познавательной деятельности больных. Методики должны варьировать по направленности на исследование разных познавательных процессов (слухоречевая память, произвольное внимание, понятийное, пространственно-конструктивное мышление, вербализация понятий и др.), по степени структурности, по трудности и др. При этом должны контролироваться уровень образования, преморбидный интеллект больных.

3. Непредубежденно описать по возможности все варианты расстройств познавательной деятельности, свойственные не шизофрении «в целом», а конкретным клиническим состояниям и проследить их динамику в процессе течения заболевания. При этом не исключать, а priori, что различные варианты расстройств познавательной деятельности при шизофрении могут быть связаны с нарушениями различных фундаментальных

механизмов деятельности мозга.

Данное исследование – результат многолетнего труда. Оно начиналось на базе патопсихического кабинета Курской областной психиатрической больницы (зав. кабинетом В.В. Плотников) в содружестве с врачами-психиатрами Л.Б. Дятловой и Е.Е. Татаренко. По объективным обстоятельствам оно было на довольно длительный срок приостановлено и завершалось уже при участии сотрудников кафедры психиатрии Курского медицинского университета – доц. И.А. Бельских, асс. А.И. Зданович, ординатора Е.С. Капустиной.

Анализ предсертификационного тестирования и дальнейшего

сертификационного экзамена курсантов ФПО, интернов и ординаторов показывает, что использование в пед процессе данного руководства, сочетающего клиничко-психопатологический и патопсихологический подходы, не только формирует у врачей-психиатров, наркологов, психотерапевтов навыки развернутого, мультидисциплинарного, интегративного клинического мышления, но и будет способствовать их лучшему взаимопониманию с клиническими психологами в повседневной практической деятельности при оценке познавательной деятельности больных шизофренией.

THE VALUE INCLUDED IN THE INSTRUCTION SECTION “DISORDERS OF COGNITIVE FUNCTIONS IN SCHIZOPHRENIA” IN OF THE FPE PROGRAMS ON SUBJECTS “PSYCHIATRY” “PSYCHIATRY-NARCOLOGY” AND “PSYCHOTHERAPY” FOR THE FORMATION OF PROFESSIONALS OF CLINICAL THINKING SKILLS”

Dmitriy V. Plotnikov

Plotnikov Dmitriy V. - Head of psychiatry Department, Kursk State Medical University

E-mail: kuleznev-fv@rambler.ru

Address: K. Marks-st, 3, Kursk, 305041, Russian Federation

Abstract

This article examines the significance and the importance of including sections of “Psychiatry”, “Psychiatry-narcology” and “Psychotherapy” for the formation of specialist skills of clinical thinking.

The study was conducted on the basis of the Kursk regional psychiatric hospital patopsihicheskogo office (head V. Plotnikov) in collaboration with psychiatrists L.Dyatlov and E.Tatarenko. Analysis precertification further testing and certification exam FPO students, interns and residents showed that the use of ped. the process of this guide, which combines clinical, psychopathological and pathopsychological approaches, not only forms from psychiatrists, drug treatment, psychotherapy skills deployed, multidisciplinary, integrative clinical thinking, but also contribute to their better understanding with clinical psychologists in daily practice in the evaluation of cognitive functions of patients schizophrenia.

Keywords: teaching, cognitive activity disorders in schizophrenia, psychiatry, psychiatry, narcology, psychotherapy, clinical reasoning, students.