
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ И РЕЧИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДЕФИЦИТАРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

А.В. Голенков

*Чувашский государственный университет
имени И.Н. Ульянова, Чебоксары*

Нарушения мышления и речи в их взаимосвязи рассматриваются как одни из важных клинических характеристик шизофренического дефекта [1, 5, 6, 9, 10]. Специфичность дефектного состояния ранее виделась прежде всего в особой разновидности «речево-мыслительной деменции» [7]. В структуре такого слабоумия отмечались: нарушения конкретизации понятий; затруднения, тугоподвижность мыслительных процессов; бедность фантазии и воображения; банальность, оскудение, уплощение личности, утрата чувства юмора [2, 4, 8]. Кроме того, отдельно выделялись конечные состояния шизофрении с речевой бесвязностью, в которых явления шизофрении и разорванности доминируют в клинической картине, выступая на первый план вместо галлюцинаций, бреда, психомоторных расстройств [3]. Однако нарушения мышления и речи при легких и умеренно выраженных дефицитарных проявлениях остались недостаточно изученными.

На современном этапе сохраняется интерес к этой проблеме. Нарушения мышления и речи при шизофрении рассматриваются в двух основных аспектах. Первый аспект затрагивает взаимосвязь позитивных и негативных симптомов с лингвистическими показателями. Данные опубликованных исследований достаточно противоречивы. В одних работах особо подчеркивается, что синтаксические и семантические ошибки речи больных

шизофренией во многом зависят от выраженности и характера позитивных расстройств [6, 11, 13]. В других – обнаружен параллелизм указанных нарушений с тяжестью негативных симптомов, но никак не позитивных [12]. Между тем встречаются исследования, авторы которых вообще не находят каких-либо корреляций [18].

Второй аспект затрагивает возможное участие кортикальных и субкортикальных механизмов в развитии нарушений речи. Гипотетические модели речевой продукции при шизофрении связываются с дисфункцией таламуса, гиппокампа и таламуса, лимбической системы и префронтальных структур [14, 15, 19, 20]. Встречаются попытки соотнести локальные изменения в головном мозге с определенными расстройствами речи. Так, в работе, выполненной методом компьютерной томографии, было обнаружено, что расширение боковых желудочков (индекс передних рогов) у больных шизофренией достоверно коррелирует с алогией, в то время как другие морфометрические показатели не столь информативны [16].

Таким образом, недостаточно изученными остаются: феноменологические особенности мышления и речи, их динамика в процессе нарастания шизофренического дефекта; взаимосвязь лингвистических показателей с позитивными и негативными (дефицитарными) симптомами; особенности морфологических изменений в головном мозге у обследованных больных.

Материалы и методы. Невыборочно обследовано 110 больных шизофренией (62 женщины и 48 мужчин), в возрасте от 19 до 64 лет, с давностью заболевания от одного года до 40 лет. Квалификация расстройств проводилась в соответствии с общепринятыми критериями шизофрении, изложенными в МКБ-10. Параноидная шизофрения (F20.0) наблюдалась у 67 больных (непрерывное течение – у 41, приступообразное – у 26), простая (F20.6) – у 20, «остаточная» (F20.5) – у 19, шизотипическое расстройство (F21) – у 4.

Для объективизации клинических показаний мышления и речи в процессе стандартизованной беседы использовалась шкала «Оценка мышления, речи и коммуникации» [9], в которой приводится подробное описание симптомов, представлены кон-

кретные примеры каждого вида нарушений. Дается их количественная оценка. Одновременно по «Краткой оценочной психиатрической шкале» учитывались негативные (дефицитарные) и позитивные расстройства [16]. Математико-статистическая обработка проводилась описательными методами и с помощью корреляционного анализа.

Результаты и их обсуждение. В целом те или иные нарушения мышления и речи обнаружены у 103 (93,6%) из 110 больных шизофренией с дефицитарными проявлениями. При этом встречаемость наблюдаемых расстройств существенно варьировала (табл. 1).

Таблица 1

Распределение нарушений мышления и речи
у обследованных больных

Расстройство	Всего		Выраженность нарушений мышления			
	абс.	%	слабая	средняя	тяжелая	крайняя
Обедненность содержания речи (качественная)	88	80,0	24	21	19	24
Обедненность речи (количественная)	80	72,7	22	23	25	10
Соскальзывания	48	43,6	11	20	6	11
Тангенциальность	45	40,9	14	19	4	8
Алогичность	45	40,9	11	14	13	7
Потеря цели	38	34,5	14	9	14	1
Отвлекаемость	31	28,2	18	11	2	-
Речевой напор	27	24,5	15	10	2	-
Персеверации	23	20,9	14	7	2	-
Обстоятельность	19	17,3	14	5	-	-
Инкогеренция	15	13,6	2	2	7	4
Эхолалия	9	8,2	3	6	-	-
Парафазия фонетическая (литеральная)	9	8,2	6	3	-	-
Парафазия семантическая (вербальная)	7	6,4	5	2	-	-
Ссылка на себя	6	5,5	4	2	-	-
Неологизмы	5	4,5	2	3	-	-
Ассоциации по созвучию	5	4,5	1	3	1	-
Блок мышления	4	3,6	3	1	-	-
Использование слов, приблизительных по смыслу	4	3,6	4	-	-	-
Высокопарность речи	3	2,7	3	-	-	-

Наиболее часто наблюдались обедненность речи как в виде снижения содержательной стороны – бедности мыслей, алогий, неясных или непонятных ответов, вербигераций (80%), так и количественное ограничение спонтанной речевой продукции – от лаконичности, конкретности, односложности ответов вплоть до мутизма (72,7%). Более половины больных имели так называемые структурные нарушения мышления и речи (соскальзывания, тангенциальность, инкогеренция, алогичность). Это прежде всего проявлялось расплывчатостью ассоциаций, «бессвязностью», соскальзыванием мысли с одной «колеи» на другую, обнаруживая с прежним смыслом лишь косвенную связь. Преобладали необычные смысловые переходы, предметы мысли располагались близко друг к другу, теряли прежние значимые отношения. Феноменологически близкими к соскальзыванию оказывается такое расстройство, как тангенциальность, когда ответ дается по «касательной», либо вообще не по существу вопроса. Инкогеренция часто сопровождалась соскальзываниями, но отличалась от последних тем, что проявлялась внутри отдельного простого предложения, либо части сложноподчиненного предложения, включая в себя несовместимые слова и фразы. В инкогерентных предложениях нередко отсутствовали «цементирующие слова» («хотя», «этот», «и» и другие). Соскальзывания же проявлялись в неясных или путаных связях между более крупными единицами – предложениями. Патогномоничным для обследованных больных была алогичность, т.е. такой паттерн речи, в котором заключение не имеет логического основания, вытекает из ложных предпосылок, основанных на бредовых идеях. Эти две большие группы нарушений мышления и речи обнаруживали высокоинформативные корреляции с позитивными и негативными (дефицитарными) проявлениями. В частности, общая обедненность речи (количественная и качественная) во многом сопряжена с выраженностью дефицитарных нарушений ($r=0,80$) и практически не связана с тяжестью позитивных расстройств ($r=0,28$). Обратные взаимоотношения обнаружены при анализе структурных нарушений речи. Здесь уже прослеживается их тесная связь с выраженностью галлюцинаторно-бредовых расстройств ($r=-0,70$) и отсутствие таковой с дефицитарным сим-

птомокомплексом ($r=0,25$). Между тем общая оценка нарушений речи является высокоинформативным показателем уровня расстройства психической деятельности ($r=0,64$). Последний, как известно, представляет собой совокупность позитивных и негативных симптомов, объединенных единством патогенеза.

В зависимости от уровня расстройства психической деятельности все больные были разделены на три клинические группы: с легкими дефицитарными нарушениями, умеренными и тяжелыми.

В первую группу включено 34 больных (30,9%) с легкими дефицитарными нарушениями, в том числе 27 мужчин и 7 женщин в возрасте от 19 до 47 лет; средний возраст – $27,4 \pm 9,2$ года, с длительностью заболевания от 1 года до 23 лет – $6,5 \pm 6,2$ года. При дефекте легкой степени изменения, привнесенные болезнью, исчерпывались появлением или некоторым углублением шизоидных черт, эмоциональной отгороженности, астенических и когнитивных расстройств, сглаженностью аффективных реакций. Клиническая картина, помимо легких дефицитарных расстройств, у части больных дополнялась резидуальными навязчивостями, дереализационно-деперсонализационными и психопатоподобными нарушениями.

У пациентов этой группы нарушения мышления и речи были слабо выражены, а у 7 – отсутствовали совсем. Чаще всего встречалась обедненность речи в виде отдельных нечетких ответов неопределенного смысла, не содержащих адекватной исчерпывающей информации, односложных или большой краткости («да», «нет», «может быть», «не знаю»). Особо значимые события в то же время излагались с обилием иллюстрированных деталей, избыточно скучно, обстоятельно, иногда мысль так и не достигала логического конца. В некоторых предложениях между идеями прослеживалась лишь косвенная связь.

У других больных наблюдалось количественное увеличение спонтанной речи. Ответы на простой вопрос занимали несколько минут, некоторые предложения оставались незаконченными из-за возникновения новых идей, отвлекаемости на случайные ситуации. Периодически отмечалось повторение слов, мыслей

или предметов. Речь зачастую была громкая и быстрая, сопровождалась расплывчатостью ассоциаций.

Во второй группе наблюдалось 27 больных (24,5%) с умеренно выраженными дефицитарными расстройствами, в том числе 18 мужчин и 9 женщин, в возрасте от 19 до 60 лет ($34,7 \pm 10,3$ года), с длительностью заболевания от 3 до 35 лет ($14,8 \pm 9,0$ года). Средняя степень дефекта включала уже отчетливое падение энергетического потенциала, нарастание аутизма, когнитивных расстройств, дальнейшее аффективное обеднение. Хотя у большинства больных состояние исчерпывалось дефицитарными проявлениями, тем не менее они иногда сосуществовали с остаточными нарушениями галлюцинаторно-параноидных регистров.

У больных со средней степенью дефицитарных нарушений обнаруживались более выраженные изменения мышления и речи. Они сочетались, с одной стороны, с отчетливой непродуктивностью интеллектуальной деятельности, выраженным снижением психической активности, с другой – определялись во многом расстройствами галлюцинаторно-параноидных регистров. Преобладали лаконичные, неполные, не превышающие нескольких слов ответы в «телеграфном» стиле. По меньшей мере половина интервью состояла из них. В разговорной речи отчетливо прослеживалось уменьшение употребления прилагательных, числительных, частиц, наречий, местоимений, обстоятельств времени. Значительно чаще, чем у пациентов первой группы, наблюдались тангенциальность, соскальзывания, отчего речь приобретала «бессвязный», расплывчатый характер. Больным были свойственны: эгоцентризм мышления («ссылка на себя»), использование неологизмов, резонерство, перерывы в течении мыслей. Иногда отмечались ускорение речи, с повышенной отвлекаемостью, чрезмерно помпезная, отстраненная, высказывания, состоящие из чопорного и формального синтеза.

Тяжелые дефицитарные проявления определялись у 49 больных (44,5%), в том числе у 46 женщин и 3 мужчин, в возрасте от 19 до 64 лет (средний возраст $48,7 \pm 11,0$ года), с длительностью заболевания от 5 до 40 лет (средний возраст $26,8 \pm 7,8$ года). Данная степень дефекта характеризовалась ин-

теллектуально-мнестическими нарушениями, аспонтанностью, эмоциональными опустошениями. Кроме собственно дефицитарных проявлений в течение длительного времени (часто более 20 лет) наблюдались полиморфные кататоно-галлюцинаторные, кататоно-бредовые состояния. Несмотря на проведение в прошлом неоднократных курсов интенсивной терапии, нередко в комплексе с шокowymi методами (ЭСТ, ИКТ), у данных больных не удавалось провести какую-либо четкую границу между психозом и ремиссией. Неслучайно многие из них находились на обеспечении в психоневрологических интернатах.

Расстройства мышления и речи также достигали крайней степени выраженности. Продуктивная беседа с такими больными невозможна. Большая часть ответов была непонятна. Словарный запас значительно обеднен. Явления вербигерации, бормотания сменялись полным мутизмом. Другой причиной, препятствующей интервью, являлась крайняя степень «бессвязной» речи, многие предложения были целиком инкогерентны. Эти проявления наблюдались с самого начала беседы и обнаруживали тенденцию к нарастанию в ходе исследования. Иногда выявлялись эхололии и парафазии, как литеральные (искажение слов за счет перемещения в них слогов и звуков), так и вербальные (замена одного слова другим, близким по смыслу). У пациентов с «остаточной коммуникативностью» отмечались нарушения понимания смысла грамматически сложных фраз, затруднение нахождения для ответа обычных слов. Высказывания характеризовались чрезмерной конкретностью, банальностью и трафаретностью.

При компьютерно-томографическом (КТ) исследовании у 39 (79,6%) из 49 больных встречались преимущественно умеренно выраженные и грубые изменения в головном мозге (табл. 2).

Таблица 2
Результаты КТ-исследования у больных шизофренией с дефектом, %

Степень дефекта	Атрофические изменения	КТ-изменения		
		легкие	умеренные	грубые
Легкая	41,2	71,4	14,3	14,3
Средняя	63,0	29,4	52,9	17,6
Тяжелая	79,6	15,4	64,1	20,5
Всего	63,6	30,0	51,4	18,6

Проводимое исследование дефектных состояний шизофрении позволило по мере их утяжеления выявить характерные особенности нарушений мышления и речи. Определенная взаимосвязь клинических и лингвистических проявлений подтверждается данными КТ-исследования. В частности, сопоставление результатов КТ с клиническими данными показывают, что, чем тяжелее дефектное состояние, тем чаще и выраженнее изменения в головном мозге ($p < 0,05$). Доминирующими изменениями при этом оказывались признаки корковой атрофии (соотношение корковой-смешанной-подкорковой атрофий – 4:2,7:1), локализующиеся преимущественно в височно-лобно-теменных отделах (10:7:1) и в левом полушарии (3:1). Однако не удалось установить значимых корреляций между морфометрическими показателями мозговых структур (индексы мозговых желудочков, ширина борозд) и перечисленными расстройствами речи.

Выводы. Наши данные свидетельствуют о том, что, оценивая тяжесть дефицитарного состояния при шизофрении, необходимо учитывать особенности лингвистических показателей. Так, уже на ранних этапах формирования дефекта обнаруживаются нозоспецифические нарушения мышления и речи. В первую очередь расстраиваются номинативная и предикативная функции речи. Происходит своеобразное перераспределение ее частей: уменьшение доли глаголов, преобладание местоимений и наречий, отчего постепенно утрачивается способность к формированию высказываний [3]. Затем уменьшается употребление и других частей речи. Существенно обедняется словарный запас, речь становится недостаточно целенаправленной, логичной. По мере утяжеления дефектного состояния снижается речевая активность, прогрессируют структурные нарушения мышления. В исходных состояниях шизофрении (тяжелая степень дефекта) функция речи как средство общения оказывается полностью разрушенной.

Литература

1. *Амбрумова А.Г.* Течение шизофрении по данным отдаленного катанеза / А.Г. Амбрумова. М., 1962. 218 с.

2. *Вроно М.С.* Конечные состояния больных шизофренией с речевой бессвязностью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1957. 16 с.
3. *Внуков В.А.* О дефекте при шизофреническом процессе и об отдельных видах его / В.А. Внуков // 2-й Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров. М., 1936. С.136-140.
4. *Евлахова Э.А.* Типы шизофренического мышления / Э.А. Евлахова // 2-й Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров. М., 1936. С.178-182.
5. *Мелехов Д.Е.* Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении / Д.Е. Мелехов. М., 1963. 200 с.
6. *Савицкая А.Б.* Расстройства речи у больных параноидной формой шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1975. 34 с.
7. *Чернуха А.А.* О слабоумии при шизофрении / А.А. Чернуха // Журн. невропатологии и психиатрии. М, 1938. Т. 7, вып. 1. С. 125-144.
8. *Эдельштейн А.О.* Исходные состояния шизофрении / А.О. Эдельштейн. М., 1938. 113 с.
9. *Andreasen N.C.* Scale for the assessment of thought, language and communication (TLC) // Sch. Bull. 1986. Vol. 11. N 3. P. 473-486.
10. *Barrera A., McKenna P.J., Berrios G.E.* Two new scales of formal thought disorders in schizophrenia // Psychiatry Res. 2008. Jan. 15. Vol. 157. N 1-3. P. 225-234.
11. *Bazin N., Lefrere F., Passerieux C. et al.* Formal thought, language and communication assessment scale // Encephale. 2002. Mar.-Apr. Vol. 28. N 2. P. 109-119.
12. *Berman I., Viegner B., Merson A. et al.* Differential relationships between positive and negative symptoms and neuropsychological deficits in schizophrenia // Sch. Res. 1997. May. 3. Vol. 25. N1. P. 1-10.
13. *Kerns J.G.* Verbal communication impairments and cognitive control components in people with schizophrenia // J. Abnorm. Psychol. 2007. May. Vol. 116. N 2. P. 279-289.
14. *Kircher T., Liddle P., Brammer M. et al.* Neural correlates of "negative" formal thought disorder // Nervenarzt. 2003. Sep. Vol. 74. N 9. P. 748-754.
15. *Mitelman S.A., Brickman A.M., Shihabuddin L. et al.* A comprehensive assessment of gray and white matter volumes and their relationship to outcome and severity in schizophrenia // Neuroimage. 2007. Aug. 15. Vol. 37. N 2. P. 449-462.
16. *Moscarelli M., Cesana B.M., Cinessani S. et al.* Ventricle-brain ratio and alogia in 19 young patients with chronic negative and positive schizophrenia // Amer. J. Psychiatry. 1989. Vol. 146. N 2. P. 257-258.

17. *Overall J., Gorham D.* The brief psychiatric rating scale // Psychol. Rep. 1962. Vol. 10. P. 799-812.
18. *Piskrin V., Lovallo V., Bourne L.E.* Thought disorder and schizophrenia: Isolating and timing a mental event // J. Clin. Psychiatry. 1986. Vol. 42. – N 3. P. 417-427.
19. *Simmons A., Miller D., Feinstein J.S. et al.* Left inferior prefrontal cortex activation during a semantic decision-making task predicts the degree of semantic organization // Neuroimage. 2005. Oct. 15. Vol. 28. N 1. P. 30-38.
20. *Weinstein S., Woodward T.S., Ngan E.T.* Brain activation mediates the association between structural abnormality and symptom severity schizophrenia // Neuroimage. 2007. May. 15. Vol. 36. N 1. P. 188-193.