

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895.85:615.214:004.81:159.953.52:616.036.8

Для цитирования: Петкун Д.А., Тигунцев В.В., Агарков А.А., Мазур М.Н., Горбацевич Ю.Н., Мальцева Ю.Л., Погорелова Т.В. Эффективность применения когнитивной ремедиации при лечении шизофрении (клинический случай). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2024. № 2 (123). С. 24-31. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2\(123\)-24-31](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2(123)-24-31)

Эффективность применения когнитивной ремедиации при лечении шизофрении (клинический случай)

Петкун Д.А., Тигунцев В.В., Агарков А.А., Мазур М.Н., Горбацевич Ю.Н., Мальцева Ю.Л., Погорелова Т.В.

*НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4*

РЕЗЮМЕ

Нейрокогнитивный дефицит в последние десятилетия рассматривается в литературе как третья группа симптомов шизофрении, помимо позитивных и негативных. Лонгитюдные исследования показывают статистически значимое снижение рабочей памяти и скорости переработки информации у лиц с первым эпизодом и лиц, входящих в группу риска и впоследствии перенесших психотический эпизод. Указанные проявления недостаточности познавательных функций приводят к нарушению социальной адаптации и снижают возможность пациентов вести трудовую деятельность. Долгое время не существовало единого инструмента для обследования, который бы охватывал большинство высших психических функций, в том числе их качественные и количественные аспекты: память, внимание и исполнительские навыки. В статье представлен клинический случай 23-летнего пациента психиатрического стационара с шизофренией, протекающей с проявлениями нейрокогнитивного дефицита в виде легких расстройств вербальной и оперативной памяти, умеренных нарушений речевой беглости и двигательной функции. С пациентом проведены индивидуальные занятия когнитивной ремедиации с персональным подбором методик. В результате мотивированной врачебной и нейропсихологической тактики достигнута положительная динамика в виде улучшения всех когнитивных функций.

Ключевые слова: шизофрения, нейрокогнитивный дефицит, когнитивная ремедиация, стандартизованная шкала «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией», психокоррекция, реабилитация.

ВВЕДЕНИЕ

Наряду с общепринятым делением симптомов шизофрении на позитивные и негативные, в последние десятилетия сформировалось новое исследовательское направление, которое рассматривает в качестве третьей группы проявлений данного заболевания когнитивные симптомы. Нейрокогнитивный дефицит влияет на формирование позитивной и негативной психопатологической симптоматики и во многом определяет прогноз развития заболевания и стратегию лечебных мероприятий [1]. В отечественной психиатрической школе исследованию когнитивных функций у больных шизофренией уделялось большое внимание, акцент делался на исследование памяти, внимания и мыслительных процессов [2]. Как было показано в ряде публикаций, нейрокогнитивный дефицит и нарушение социального функционирования присущи не только пациентам с шизофренией, но и их родственникам [3, 4].

Известно, что показатели когнитивного функционирования зависят от стадии заболевания, его длительности и типа течения [5]. Однако долгое время не существовало единого инструмента для обследования, который бы охватывал большинство высших психических функций, в том числе их качественные и количественные аспекты: память, внимание и исполнительские навыки.

Несмотря на разрозненные литературные данные о проявлении когнитивных нарушений при шизофрении, лонгитюдные исследования отражают статистически значимое снижение рабочей памяти и скорости переработки информации у лиц с первым эпизодом и лиц, входящих в группу риска и впоследствии перенесших психотический эпизод [6, 7]. Эти функции тесно взаимосвязаны между собой и оказывают влияние друг на друга. Так, из-за нарушений внимания и памяти часто снижаются продуктивность мышления и скорость переработки информации.

Невозможность оперировать нужной информацией, сниженный объем запоминания, трудности переключения и сосредоточения внимания оказывают воздействие на исполнительскую функцию, которая включает высшие когнитивные процессы в виде планирования, гибкости познавательного процесса и контроля поведения. Как следствие, нарушается социальная адаптация, затрудняется принятие решений на уровне восприятия и обработки информации, снижается возможность вести трудовую деятельность.

С появлением новых методов исследования появилась возможность более детального изучения отдельных процессов мышления. Использование батареи тестов «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS), которая разработана специально для пациентов, страдающих шизофренией, позволяет оценить особенности слуховой, оперативной памяти, внимания, исполнительской и двигательной функций.

Улучшение когнитивных функций происходит под действием лекарственной терапии и когнитивного тренинга [8]. Наиболее эффективным методом восстановления обозначенных нарушений признана когнитивная ремедиация, которая способна усиливать эффект от лечения и должна стать неотъемлемой частью комплексного алгоритма терапии пациентов с шизофренией, особенно на ранних стадиях заболевания [9, 10].

Прежде всего ремедиация направлена на восстановление основных поврежденных когнитивных функций за счет стимулирования обучения. Эффективность данной методики при шизофрении продемонстрировали различные исследования. Так, коллективом авторов во главе с McGurk сделан вывод, что когнитивная ремедиация улучшает внимание, скорость обработки информации, слухоречевую и визуальную память, проблемно-решающее поведение, социальную когницию и общий показатель когнитивного функционирования [11].

Работа по снижению когнитивной дисфункции может проводиться как при помощи компьютеризированных программ, так и наглядного материала в групповом и индивидуальном форматах и представляет собой отработку навыков посредством повторения определенного вида заданий. Существуют различные виды когнитивной ремедиации [5]. В первую очередь в занятия включаются задания на слухоречевую и зрительную память, внимание, языковые, зрительно-моторные навыки, ориентацию, скорость обработки информации, ориентированные на улучшение аудиторной перцепции, когниций, которые используются для решения бытовых проблем, на тренировку по поддержанию профессиональных навыков и др.

Длительность работы варьируется в разных видах терапии. Установлено, что длительная когнитивная ремедиация определяет лучший результат, а систематическое воспроизведение информации эффективнее стратегий коучинга [8].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Показать эффективность применения когнитивной ремедиации при лечении шизофрении по материалам анализа клинического случая.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на базе второго психиатрического отделения НИИ психического здоровья в соответствии с этическими принципами Хельсинкской Декларации ВМА и «Правилами клинической практики в Российской Федерации». От пациента получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Объект исследования

Пациент К, 23 года, поступил в стационар клиники НИИ психического здоровья в марте 2023 г. в сопровождении родителей с жалобами на нарушение поведения и раздражительность в отношении родителей.

РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ

Из анамнеза. Наследственность отягощена по материнской линии: двоюродная сестра матери имеет инвалидность по психо-МСЭ в связи с умственной отсталостью, бабушка по материнской линии страдает деменцией с бредовой симптоматикой. Беременность матери протекала без особенностей, роды затяжные с асфиксией плода, проведено кесарево сечение по неотложным показаниям, 6 баллов по шкале Апгар (умеренная асфиксия). В течение первого года жизни пациент наблюдался неврологом, патологии не выявлено, развивался в соответствии с возрастом. Воспитывался в полной, социально благополучной семье, по типу гиперопеки со стороны матери.

Посещал ДДУ, где отличался малообщительностью, ограничением контактов с окружающими и застенчивостью, воспитатели называли его «своеобразным» ребенком, так как больше любил проводить время в одиночестве, тяготился общением со сверстниками.

С детского возраста часто болел простудными заболеваниями, в возрасте 5 лет перенес серьезный вирусный менингит, ЧМТ без потери сознания, дважды проводилось хирургическое лечение под общим наркозом по поводу фурункулеза, отмечались единичные случаи энуреза и снохождения.

В школу пошел с 7 лет, учился без прилежания, отличался рассеянностью: «мог решить сложную математическую задачу, но записать решение задачи в тетради по русскому языку». В старших классах принимал участие в олимпиадах по математике и биологии, пробовал писать стихи, занимался спортом.

В возрасте 11 лет в связи с переменой места работы отца семья переехала в Тюмень, переживал из-за переезда в другой город, к пребыванию в новом школьном коллективе адаптировался тяжело, усилилась закрытость от контактов.

В подростковом возрасте разработал для себя систему закалывания: уходил на многокилометровую прогулку без верхней одежды при температуре воздуха $+5^{\circ}\text{C}$, лежал в ванне с холодной водой, но, прочитав о возможном воспалении почек от переохлаждения, «закалывание» прекратил. Многократно соблюдал разные диеты (голодание, вегетарианство), которые составлял самостоятельно на основе интерпретации многочисленной информации из интернет-сайтов. Во время обучения в 11-м классе стал проявлять агрессию в адрес матери, из-за испытываемой обиды и раздражения кричал, разбивал мебель.

После окончания школы поступил в Тюменский университет на специальность «юриспруденция». Новый учебный материал усваивал достаточно хорошо. С появлением интереса к IT-технологиям прервал обучение и взял академический отпуск, дистанционно начал обучаться по новой специальности, но быстро охладил к программированию и вскоре учебу забросил.

В 18 лет впервые ушел из дома (в последующем совершил 6 повторных побегов из дома), в поисках родителей обратились в полицию, ночевал один в лесу, наутро вернулся сам. В полиции объяснил свой поступок тем, что «хотел поэкспериментировать с выносливостью», «пытался понять, смогу ли преодолеть свой страх», «занимался личностным ростом и духовным развитием». По инициативе сотрудников ОВД и настоянию родителей впервые обратились за помощью к психиатру, поставлен диагноз «Шизотипическое расстройство» (F21). Рекомендованную психофармакотерапию принимать отказывался. В последующем усилилась вербальная агрессия по отношению к родителям, по их инициативе стал проживать отдельно, собирал компании приятелей для развлечений, из-за практически ежедневного шума в квартире к участковому поступали жалобы от соседей. Круг интересов был ограничен изучением возможностей собственного организма, принимал алкоголь с целью «развития печени и сознания». Со слов пациента, в состоянии алкогольного опьянения «сознание становилось расторможенным», чувствовал «прилив энергии», охотно занимался бытовыми делами, «заставлять себя не требовалось». Решил употребить в пищу плющ, содержащий токсичные сапонины, который специально вырастил на приусадебном участке. Так как не был уверен в его безопасности, оставил родителям записку о самоубийстве.

В августе 2020 г. впервые был госпитализирован в психиатрический стационар, выписан с улучшением. Рекомендована поддерживающая терапия: рисперидон 4 мг/сут, лития карбонат 900 мг/сут. Состояние было удовлетворительным, продолжил обучение. В апреле 2021 г. прекратил прием поддерживающей терапии (родители уехали в отпуск на месяц), отказался от стандартных гигиенических процедур, не ухаживал за кошкой. После возвращения родителей вновь стал раздражительным, не управлял эмоциями. Считал, что «старые и глупые» родители мешают жить. Забросил учебу, с целью повышения работоспособности принимал кофеинсодержащие препараты. По настоянию родственников повторно госпитализирован в психиатрический стационар, выписан без улучшения. В июле 2021 г. впервые госпитализирован в клиники НИИ психического здоровья ТНИМЦ.

В психическом состоянии: внешний вид эксцентричный, чудаковатый. Неряшлив. Волосы длинные, слипшиеся, несвежие. Моторика вычурная. Периодически раскачивается, сидя на стуле. Выражение лица индифферентное, мимическая игра отсутствует, эмоциональный резонанс снижен. Речь витиеватая, со сложным построением фраз, голос маломодулированный. Выражены нарушения темпа и целенаправленности мышления, расстройства мышления (рассуждательство, резонерство, соскальзывания, паралогичность), которые существенно затрудняют контакт с пациентом.

Жалуется, что «может сидеть на стуле не более 5 часов», далее поясняет, что «в противном случае потеряет сознание из-за прилагаемых волевых усилий, необходимых для поддержания себя в сидячем положении». Других жалоб фактически не предъявляет. При этом рассказывает, что «люди считают его систему вести диалог неадекватной и странной», а он считает это проблемой других. Важным затруднением для себя предполагает трудности в сосредоточении: из-за переутомления «сложно долго заниматься каким-то одним делом», приходится заставлять себя. Высказывает вычурные наукообразные идеи относительно голодания и закалывания, «физического и духовного развития», являющиеся, по сути, эклектикой из различных общеизвестных методик. Тут же, не замечая противоречий, утверждает: «Я не доверяю исследованиям, например, об очищении организма: они не научны». К своим поступкам и болезни не критичен.

Психический статус: психопатоподобный тип личности с поведенческими нарушениями и выраженными специфическими расстройствами во всех сферах психической деятельности.

По результатам патопсихологического обследования у пациента не обнаружены нарушения памяти и внимания. В мышлении отмечаются нарушения в виде резонерства, вычурности, эксцентричности, соскальзываний на латентные связи. Пациент испытывает трудности в соблюдении социальных норм и правил.

Выставлен диагноз: шизотипическое расстройство. На фоне медикаментозной терапии (рисперидон 4 мг/сут, карбонат лития 1200 мг/сут) стал спокойнее воспринимать проблемы и окружающую обстановку, упорядочились мышление и поведение. Зимой 2022-2023 гг. стал читать литературу по своему заболеванию, испытывал тревогу, что заболеет шизофренией, понял, что приём карбоната лития негативно влияет на потенцию, в связи с чем прекратил прием поддерживающей терапии. В результате состояние резко ухудшилось: вновь появились агрессия и обида в отношении родителей, рассеянность, неустойчивость внимания, невозможность сконцентрироваться, бессонница. В сопровождении матери обратился за психиатрической помощью, назначена терапия: зуклопентиксол депо 200 мг 1 р/3 нед, карбамазепин 600 мг/сут. Однако сохранялось вычурное поведение, высказывал желание в будущем «преодолеть болезнь и стать сверхчеловеком», обучение в институте продолжить не смог, сообщал, что «весь мир – галлюцинация», возобновились идеи обвинения по отношению к родителям, сохранялась бессонница: «моя сонная активность происходит с трудом, через раз».

В июле 2022 г. госпитализирован в клинику НИИ психического здоровья ТНИМЦ. На фоне лечения рисперидоном 6 мг/сут стал более спокойным, однако критика к своему состоянию не сформировалась, настоял на выписке. Было рекомендовано: вальпроевая кислота 1000 мг/сут, рисперидон 4 мг/сут внутрь, рисперидон конста 37,5 мг в/м 2 раза в месяц. После выписки практически сразу отказался от приема назначенных препаратов. С ноября 2022 г. вновь появилась агрессивность. В январе 2023 г. с целью повышения «жизненной энергии» принял несколько капсул с мухомором, которые заказал через интернет. На фоне приема отмечались спутанность сознания и зрительные галлюцинации. Был госпитализирован в токсикологическое отделение, в дальнейшем переведен в Тюменскую психиатрическую больницу, где предъявлял жалобы на снижение работоспособности, тревогу в течение дня, ощущал «пристальные косые взгляды прохожих». Высказывал опасения, что необдуманно сказал «что-то не то, и за ним придет полиция», был фиксирован на теме «осознанности и понимания мира, тренировки воли»: принимал кофе в больших количествах, держал горячую кружку в руках

до появления ожогов, разбивал вареные яйца о лобную область для «закаленности черепа». 13 марта 2023 г. по инициативе родителей госпитализирован в клинику НИИ психического здоровья ТНИМЦ, 07.04.2023 г. выписан с диагнозом: гебефреничная шизофрения, непрерывный тип течения с нарастающим дефектом.

Психический статус: на беседу приходит по приглашению, соединяет ладони вместе и приветствует врача, потупив взгляд, нелепо улыбается. Выглядит старше паспортного возраста, носит бороду и усы, прическа неаккуратная, выглядит неряшливо, чудаковато. В течение беседы меняет позу. Мимическая игра выразительная, гиперболлизирована в виде резкой перемены выражения лица, гротескно хмурит брови при непонимании вопроса, во время беседы встает и размахивает руками. Пантомимика ярко выражена, манерная. Голос удовлетворительной модуляции с неестественными паузами в предложениях. Речь вычурная, витиеватая, с напором, склонен к бесплодному мудрствованию. Не способен воспроизводить информацию в хронологическом порядке, часто перескакивает с одной темы на другую без видимой причины. Жалуется на снижение работоспособности, «дереализацию», проявляющуюся в виде «пелены», тревожность в течение дня, «паранойю».

Отмечается фрагментарная метафизическая интоксикация, фиксирован на теме «осознанности, понимания мира», неоднократно возвращался во время беседы к этой тематике. В ходе беседы удалось выяснить, что периодически видел «увеличение сигареты на 6 сантиметров» во время курения, слышал звуки тихого голоса извне, зовущего по имени. «Когда ложусь спать, представляю, что свободно путешествую между мирами, проникаю из одного в другой». «Хочу пойти пешком через тайгу, взяв с собой меч, если что, с его помощью буду обороняться от медведей». Память на недавние события сохранена. Критико-прогностические способности формальны.

В отделении поведение характеризуется нецеленаправленной деятельностью, в палате может резко встать и начать делать зарядку, отжимания. Ходил по отделению с тяжелым рюкзаком, объяснял, что тренирует мышцы для выносливости.

Психический статус квалифицируется полиморфным синдромом с выраженными специфическими изменениями в ассоциативной сфере (резонерство, соскальзывания, аморфность, паралогичность, метафизическая интоксикация) с фрагментарными идеями отношения, обманами восприятия, псевдоневротическими проявлениями, аутистическими бредоподобными фантазиями, психопатоподобными аффективными колебаниями и гебоидной симптоматикой.

Данные лабораторных обследований и осмотра специалистов соматического профиля

По данным электроэнцефалографического исследования отмечаются общие изменения биоэлектрической активности с усилением восходящего активизирующего влияния ретикулярной формации на кору головного мозга с преобладанием процессов возбуждения и элементами мелкой ирритации коры головного мозга, косвенные признаки вегетативной лабильности без очаговой патологии и эпилептиформной активности.

Заключение терапевта: хроническая обструктивная болезнь легких в стадии 1, ремиссия дыхательной недостаточности степени 0-1, хронический холецистит в стадии ремиссии, синдром абдоминальной боли.

Осмотр невролога: без очагового поражения ЦНС.

По данным исследования с использованием батареи тестов BACS обнаружены легкие расстройства вербальной и оперативной памяти, функций программирования и контроля, поэтому сделано заключение о наличии первого кластера тяжести нейрокognитивного дефицита – кластера легких расстройств [12]. Согласно данным субтестов речевой беглости и двигательной функции выявлены умеренные нарушения.

Данные психометрического обследования

При поступлении общий балл по шкале PANSS составил 102, при выписке – 77.

Терапевтическая тактика: препаратом выбора являлся арипипразол 30 мг/сут. Учитывая положительное влияние на когнитивные способности [13], дополнительно назначен прием лития карбоната, тригексефинидила 2 мг/сут.

Динамика состояния с учетом поведенческого тренинга

С пациентом проведены индивидуальные занятия когнитивной ремедиации с подбором персонального алгоритма методик, направленных на улучшение когнитивных функций, нарушения которых были обнаружены. Сложность заданий варьировалась в зависимости от степени нарушений. Все задания строились по принципу нарастания сложности и повторения. Тренинги акцентировались на улучшении речевой и двигательной беглости. Для восстановления двигательной функции применялись тестовые упражнения: симметричное копирование рисунков, лабиринты, доски Бильгоу, тренажер нейровосьмерка, игры с использованием мелких деталей [14]. Задания для восстановления речевой беглости включали в себя расширение словарного запаса, актуализацию в памяти ранее знакомых единиц речи и решение логических задач, сочинение рассказов с использованием предложенных слов, задания по типу чайнвордов [14, 15, 16, 17, 18].

Опосредованно увеличению скорости обработки информации способствовали задания на память и внимание. В динамике после 6 недель лечения произошло улучшение показателей всех когнитивных функций, наиболее выраженными оказались показатели по развитию речевой беглости (табл. 1).

Т а б л и ц а 1. Результаты первичного и повторного исследований познавательных функций по тесту BACS

Показатель	1-я точка	2-я точка
Вербальная память и заучивание	44	42
Оперативная память	25	23
Двигательный тест с фишками	42	20
Шифровка	55	49
Семантическая и словесная беглость	42	56
Функции программирования и контроля	19	16

Таким образом, в процессе лечения зарегистрирована умеренная положительная динамика в виде снижения отрывочной продуктивной симптоматики, коррекции агрессивного поведения. Хотя пациент стал лучше регулировать эмоциональный настрой, в то же время сохраняются расстройства мышления и волевые нарушения, что обусловлено общей прогрессивностью заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай демонстрирует эффективность персонализированного комплексного подхода в реабилитации больных шизофренией, сочетающего антипсихотическую терапию нейрорептиками третьего поколения и техник когнитивной ремедиации с опорой на личностный ресурс. В целом интегрированная индивидуальная маршрутизация не только способна улучшить когнитивное функционирование пациентов, но и предоставляет инструменты для преодоления трудностей и проблем в повседневной жизни, что помогает минимизировать негативное влияние шизофренического процесса на социальное функционирование пациента.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование проведено в рамках выполнения госзадания НИИ психического здоровья ТНИМЦ № 075-01392-23-00 «Персонализированная диагностика и терапия больных полиморбидными расстройствами шизофренического и аффективного спектра», регистрационный номер 123041900006-4.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование проведено в соответствии с этическими стандартами, разработанными в соответствии с Хельсинкской декларацией ВМА 1964 г. с поправками в 1975-2013 гг. и одобрено локальным этическим комитетом при НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол № 157 от 18.11.2022). Пациент дал письменное информированное согласие на участие в исследовании и обработку персональных данных.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Корнетов А.Н., Корнетова Е.Г., Голенкова А.В., Козлова С.М., Аржанник М.Б., Самойленко Ж.А., Бойко А.С., Семке А.В. Нейрокогнитивный дефицит в клиническом полиморфизме шизофрении: типология, выраженность и синдромальные перекрытия. Бюллетень сибирской медицины. 2019. Т. 18, № 2. С. 107-118. Kornetov AN, Kornetova EG, Golenkova AV, Kozlova SM, Arzhanik MB, Samoilenko ZhA, Boiko AS, Semke AV. Neurocognitive deficit in the clinical polymorphism of schizophrenia: typology, severity and syndromic overlap. Bulletin of Siberian Medicine. 2019;18(2):107-118. doi: 10.20538/1682-0363-2019-2-107-118 (in Russian).
2. Корнетов А.Н., Языков К.Г., Корнетова Е.Г., Федоренко О.Ю., Гончарова А.А., Семке А.В., Иванова С.А., Шмуклер А.Б., Бохан Н.А. Нормативная оценка когнитивных функций по шкале «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS) в томской популяции: конституциональные факторы вариативности. Сибирский психологический журнал. 2021. № 82. С. 137-152. Kornetov AN, Yazykov KG, Kornetova EG, Fedorenko OYu, Goncharova AA, Semke AV, Ivanova SA, Shmukler AB, Bokhan NA. Normative assessment of cognitive functions using the Brief Assessment of Cognitive Functions in Patients with Schizophrenia (BACS) scale in the Tomsk population: constitutional factors of variability. Siberian Psychological Journal. 2021;82:137-152. doi: 10.17223/17267080/82/8 (in Russian).
3. Bora E. A comparative meta-analysis of neurocognition in first-degree relatives of patients with schizophrenia and bipolar disorder. Eur Psychiatry. 2017 Sep;45:121-128. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.06.003. Epub 2017 Jul 5. PMID: 28756110.
4. Sheffield JM, Karcher NR, Barch DM. Cognitive Deficits in Psychotic Disorders: A Lifespan Perspective. Neuropsychol Rev. 2018 Dec;28(4):509-533. doi: 10.1007/s11065-018-9388-2. Epub 2018 Oct 20. PMID: 30343458; PMCID: PMC6475621.
5. Карякина М.В., Рычкова О.В., Шмуклер А.Б. Когнитивные нарушения при шизофрении в зарубежных исследованиях: нарушение отдельных функций или групповых синдромов? Современная зарубежная психология. 2021. Т. 10, № 2). С. 8-19. Karyakina MV, Rychkova OV, Shmukler AB. Cognitive impairment in schizophrenia in foreign studies: impairment of individual functions or group syndromes? Contemporary Foreign Psychology. 2021;10(2):8-19. doi: 10.17759/jmfp.2021100201 (in Russian).
6. Jahshan C, Heaton RK, Golshan S, Cadenhead KS. Course of neurocognitive deficits in the prodrome and first episode of schizophrenia. Neuropsychology. 2010 Jan;24(1):109-120. doi: 10.1037/a0016791. PMID: 20063952; PMCID: PMC2808194.
7. Корнетова Е.Г., Семке А.В. К проблеме терапии первого психотического эпизода. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 4 (55). С. 17-19. Kornetova EG, Semke AV. On the problem of therapy for the first psychotic episode. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2009;4(55):17-19 (in Russian).
8. Kim E, Jang JH, Park HY, Shim G, Hwang JY, Kim SN, Kwon JS. Pharmacotherapy and clinical characteristics of ultra-high-risk for psychosis according to conversion status: a naturalistic observational study. Early Interv Psychiatry. 2012 Feb;6(1):30-7. doi: 10.1111/j.1751-7893.2011.00295.x. Epub 2011 Oct 26. PMID: 22029630.
9. Зайцева Ю.С., Корсакова Н.К., Гурович И.Я. Нейрокогнитивное функционирование на начальных этапах шизофрении и когнитивная ремедиация. Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 4. С. 76-82. Zaitseva YuS, Korsakova NK, Gurovich IYa. Neurocognitive functioning in the early stages of schizophrenia and cognitive remediation. Social and Clinical Psychiatry. 2013;23(4):76-82 (in Russian).
10. Vita A, Barlati S, Ceraso A, Nibbio G, Ariu C, Deste G, Wykes T. Effectiveness, core elements, and moderators of response of cognitive remediation for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. JAMA Psychiatry. 2021 Aug 1;78(8):848-858. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.0620. PMID: 33877289; PMCID: PMC8058696.
11. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. Am J Psychiatry. 2007 Dec;164(12):1791-802. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07060906. PMID: 18056233; PMCID: PMC3634703.
12. Корнетова Е.Г., Гончарова А.А., Дмитриева Е.Г., Аржанник А.А., Корнетов А.Н., Семке А.В. Влияние клинических и терапевтических показателей на выраженность нейрокогнитивного дефицита у пациентов с шизофренией. Бюллетень сибирской медицины. 2020. Т. 19, № 3. С. 36-43. Kornetova EG, Goncharova AA, Dmitrieva EG, Arzhanik AA, Kornetov AN, Semke AV. The influence of clinical and therapeutic indicators on the severity of neurocognitive deficits in patients with schizophrenia. Bulletin of Siberian Medicine. 2020; 19(3):36-43. doi: 10.20538/1682-0363-2020-3-36-43 (in Russian).

13. Цукарзи Э.Э. Эффективность арипипразола (амдоал) в длительной терапии шизофрении. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. Т. 113, № 3. С. 94-96. Tsukarzi EE. Efficacy of aripiprazole (amdoal) in the long-term treatment of schizophrenia. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2013;113(3):94-96 (in Russian).
14. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г., Дольникова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТСКН) у больных шизофренией. Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 67-77. Kholmogorova AB, Garayan NG, Dolnikova AA, Shmukler AB. Cognitive and social skills training (CSST) program for patients with schizophrenia. Social and Clinical Psychiatry. 2007;17(4):67-77 (in Russian).
15. Цветкова Л.С. Нейропсихология счета, письма и чтения: нарушение и восстановление. Учебное пособие. М.: Изд-во Букинист, 2005. 360 с. Tsvetkova LS. Neuropsychology of counting, writing and reading: impairment and recovery. Manual. Moscow: Bukinist Publishing House, 2005. 360 (in Russian).
16. Логвина Е.Н. Нейротренажер. Игры и упражнения. Методические пособия с иллюстрациями. Екатеринбург: Изд-во АртесПринт, 2022. 90 с. Logvina EN. Neurosimulator. Games and exercises. Methodological manuals with illustrations. Ekaterinburg: ArtesPrint Publishing House, 2022: 90 (in Russian).
17. Невзорова А.А., Чабаненко В.Ф. Нейропсихологический альбом по развитию когнитивных способностей. М.: Изд-во Галактика, 2022. 68 с. Nevzorova AA, Chabanenko VF. Neuropsychological album on the development of cognitive abilities. Moscow: Galaktika Publishing House, 2022. 68 (in Russian).
18. Рыжова И.А. Когнитивный тренинг как психокоррекционный метод в психиатрии. Медицинская психология в России. 2017. № 5 (46). [Электронный ресурс]. Ryzhova IA. Cognitive training as a psycho-correctional method in psychiatry. Medical Psychology in Russia. 2017;5(46). [Electronic resource]. URL: <http://mprj.ru> (19.01.2024) (in Russian).

Поступила в редакцию 02.10.2023

Утверждена к печати 10.06.2024

Петкун Дмитрий Александрович, м.н.с. отделения эндогенных расстройств, НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. SPIN-код РИНЦ 6279-9569. Author ID РИНЦ 1225037. ResearcherID JSL-0538-2023.

Тигунцев Владимир Владимирович, к.м.н., научный сотрудник отделения эндогенных расстройств, НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. SPIN-код РИНЦ 8129-8061. Author ID РИНЦ 85858. ResearcherID AAZ-8082-2021. ORCID iD 0000-0001-9083-0339.

Агарков Алексей Александрович, д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения эндогенных расстройств, НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. SPIN-код РИНЦ 3147-2068. Author ID РИНЦ 228201. Author ID Scopus 57191279542. ResearcherID J-1727-2017. ORCID iD 0000-0001-7350-3360.

Мазур Мария Николаевна, психолог, НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. SPIN-код РИНЦ 8917-4020. Author ID РИНЦ 681205.

Горбачевич Юлия Николаевна, врач-психиатр второго клинического психиатрического отделения, НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. ORCID iD 0000-0001-9024-4807.

Мальцева Юлия Леонидовна, к.м.н., заведующая вторым клиническим психиатрическим отделением, НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Author ID РИНЦ 376347.

Погорелова Татьяна Валерьевна, к.м.н., научный сотрудник отделения эндогенных расстройств, НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. SPIN-код РИНЦ 1248-7498. Author ID РИНЦ 674625. ResearcherID J-1728-2017. ORCID iD 0000-0001-8425-9615.

✉ Петкун Дмитрий Александрович, substantia_p@mail.ru

UDC 616.895.85:615.214:004.81:159.953.52:616.036.8

For citation: Petkun D.A., Tiguntsev V.V., Agarkov A.A., Mazur M.N., Gorbatsevich Yu.N., Maltseva Yu.L., Pogorelova T.V. Effectiveness of cognitive remediation in the treatment of schizophrenia (clinical case). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2024; 2 (123): 24-31. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2\(123\)-24-31](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2(123)-24-31)

Effectiveness of cognitive remediation in the treatment of schizophrenia (clinical case)

Petkun D.A., Tiguntsev V.V., Agarkov A.A., Mazur M.N., Gorbatsevich Yu.N., Maltseva Yu.L., Pogorelova T.V.

*Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

ABSTRACT

In recent decades, neurocognitive deficits were considered in the literature as a third group of symptoms of schizophrenia, in addition to positive and negative ones. Longitudinal studies showed statistically significant decline in working memory and processing speed in first-episode individuals and in at-risk individuals who subsequently experienced a psychotic episode. These manifestations of insufficiency of cognitive functions lead to disruption of social adaptation and reduce the ability of patients to work. For a long time, there was no single examination tool that would cover most higher mental functions, including their qualitative and quantitative aspects: memory, attention and executive skills. The article presented a clinical case of a 23-year-old psychiatric hospital patient with schizophrenia, which occurred with manifestations of neurocognitive deficits in the form of mild disorders of verbal and working memory, moderate impairments of verbal fluency and motor function. The patient received individual cognitive remediation classes with an individual selection of techniques. As a result of motivated medical and neuropsychological tactics, positive dynamics were achieved in the form of an improvement in all cognitive functions.

Keywords: schizophrenia, neurocognitive deficit, cognitive remediation, standardized scale “Brief assessment of cognitive functions in patients with schizophrenia”, psychocorrection, rehabilitation.

Received October 02, 2023

Accepted June 10, 2024

Petkun Dmitry A., junior researcher, Endogenous Disorders Department of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code RSCI 6279-9569. Author ID RSCI 1225037. ResearcherID JSL-0538-2023.

Tiguntsev Vladimir V., Cand. Sc. (Medicine), researcher, Endogenous Disorders Department of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code RSCI 8129-8061. Author ID RSCI 85858. ResearcherID AAZ-8082-2021. ORCID iD 0000-0001-9083-0339.

Agarkov Alexey A., D.Sc. (Medicine), lead researcher, Endogenous Disorders Department of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code RSCI 3147-2068. Author ID RSCI 228201. Author ID Scopus 57191279542. ResearcherID J-1727-2017. ORCID iD 0000-0001-7350-3360.

Mazur Maria N., psychologist, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code RSCI 8917-4020. Author ID RSCI 681205.

Gorbatsevich Yulia N., psychiatrist of the second clinical psychiatric unit of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-9024-4807.

Maltseva Yulia L., Cand. Sc. (Medicine), head of the second clinical psychiatric unit, of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. Author ID RSCI 376347.

Pogorelova Tatyana V., Cand. Sc. (Medicine), researcher, Endogenous Disorders Department of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code RSCI 1248-7498. Author ID RSCI 674625. ResearcherID J-1728-2017. ORCID iD 0000-0001-8425-9615.

✉ Petkun Dmitry A., substantia_p@mail.ru