

Объедков В.Г., Григорьева Н.К.
Белорусский государственный медицинский университет

Особенности речевых расстройств у пациентов с шизофренией с разной частотой госпитализации в стационар

Поступила в редакцию

Контакты: ObyedkovVG@gmail.com

Резюме

В статье рассматриваются речевые нарушения у пациентов с шизофренией с разной частотой госпитализаций в стационар. Выяснено, что у пациентов с редкими госпитализациями речь не нарушена; у пациентов с частыми госпитализациями имеет место дезорганизация речи, проявляющаяся в вариантах утраты ее структуры; у пациентов со сверхчастыми госпитализациями преобладает алогия – угасание речевых функций. Автор считает, что речевые нарушения отражают общую направленность формирования клинических исходов болезни. При частых госпитализациях имеется тенденция к формированию дефекта шизоидной, при сверхчастых госпитализациях псевдоорганической структуры.

Ключевые слова: шизофрения, речь, частота госпитализаций.

Resume

Введение Прогноз шизофрении продолжает оставаться неопределенным, несмотря на очевидные успехи лекарственной терапии. Неблагоприятным исходам шизофрении соответствуют термины: «плохой исход», «очень плохой исход», «экстремально плохой исход» (англ., «poor outcome», «very poor outcome»), не идентичные дефиниции «фармакорезистентности». «Фармакорезистентность» предполагает отсутствие клинического эффекта терапии, но даже многократный положительный клинический результат применения ЛС не отменяет для упомянутой части пациентов общего удручающе низкого результата болезни. Направленное изучение группы пациентов с шизофренией с крайне неблагоприятным исходом болезни получило статус нового направления относительно недавно. Проблема причинности гетерогенности шизофрении в контексте **результатов** терапии и **исходов болезни** далека от разрешения. Именно в такой редакции этот концепт прозвучал на 2 Европейском конгрессе по исследованиям шизофрении в Берлине в 2009 году [13], где детерминация исходов шизофрении признана одной из самостоятельных направлений в научных исследованиях.

В настоящем исследовании изучалась клиническая феноменология расстройств речи у пациентов с шизофренией, сгруппированных по признаку частоты госпитализаций. Данный признак (как и остальные) для выделения целевой группы имеет свои сильные и слабые стороны. «Частота госпитализаций» признается в качестве чувствительного инструмента для измерения результатов лечения [8,11]. «Частота госпитализаций» имеет четкое цифровое выражение, что позволяет объективно формализовать исходы болезни и математически обработать эти данные, информация об истории госпитализаций может

быть востребована без участия пациентов в архивах стационаров и без больших проблем собрана при условии компьютеризированной системы организации и хранения данных. «Частота госпитализаций» как признак может быть легко конвертирована в экономические показатели. К недостаткам «частоты госпитализаций» как критерия для систематики исходов болезни следует отнести чувствительность к законодательным требованиям к госпитализациям в разных странах [12,7].

Природа первичных речевых нарушений при шизофрении относится к числу сложных и пока полностью не разгаданных научных проблем. В большинстве исследований речь при этом заболевании изучалась клинико-описательным и патопсихологическим методами. Нейролингвистические исследования при шизофрении с привлечением методов нейровизуализации, молекулярно-генетические и компьютеризованные количественные микроскопические методы стали проводиться относительно недавно.

Э. Крепелин определил речевую патологию как отчуждение речи от мыслительного процесса. Крайней формой такого отчуждения он считал явление шизофазии. Шизофазия характеризуется речевой бессвязностью, разорванностью и непонятностью речи, что контрастирует с упорядоченностью, доступностью и относительной интеллектуальной сохранностью больных. Для шизофазии характерно: высокая речевая активность, вербальный напор и наплыв слов. Эти речевые нарушения практически всегда сочетается со стереотипиями, каталепсией, манерностью, негативизмом, импульсивностью в поведении, автоматизмами и отсутствием потребности в собеседнике. Шизофазия наблюдается при шизофрении нечасто, только у 4 % больных[1].

Гораздо чаще «шизофазии» в клинике шизофрении встречается «смысловая разорванность». Под этим термином подразумеваются отсутствие в речи логики, невозможность обнаружить в словах объект мысли, неправильное и необычно-парадоксальное сочетание представлений. Разорванность определяется как семантическая диссоциация при известной сохранности синтаксической структуры речи. Разорванная речь лишена содержания при сохранении грамматических связей между отдельными элементами предложения и поэтому кажется внешне упорядоченной. Грамматический строй речи нарушается, когда разорванность достигает крайней степени выраженности. При этом страдает и логическое построение речи, и ее синтаксическая структура. Разорванная речь может и не сочетаться с кататоническими симптомами. Разорванность речи рассматривается как проявление патологии целенаправленности мышления (Б. В. Зейгарник, 1962). Б. В. Зейгарник видит в разорванности крайнюю степень разноплановости, заключающейся в том, что суждения больного о каком-нибудь явлении

протекают в разных плоскостях. Отсутствие понятных связей между отдельными элементами высказываний больного сочетается при разорванности с независимостью речи больного от присутствия собеседника (симптом монолога). Наличием перечисленных моментов и объясняется то, что речь больного при разорванности перестает выполнять функцию общения и становится совершенно непонятной окружающим. Раньше, чем в устной речи, разорванность выявляется в письменной речи больных шизофренией. Разорванность в письме сопровождается симптомами нарушения моторного компонента письма в форме витиеватого почерка, украшениями букв, тонировании элементов букв, удвоении букв параллельными линиями и т. п. Разорванная речь имеется у 27,5 % больных[1,2].

Между тем, результаты ряда исследований говорят о том, что при шизофрении нарушен не только семантический, но и фонетический уровень организации речи, в результате чего страдает грамматика языка. Имеют место общее обеднение словарного запаса, замена звуков, появление неправильных ударений, искажение интонаций, нарушение грамматической структуры речи, когда невозможно выделить части речи или даже распад слова. Так, К. Kleist считал расстройства речи при шизофрении явлениями моторной и сенсорной афазии с фонетическими искажениями в форме замены звуков, неправильных ударений, искажения интонаций и модуляций голоса. Снижение словарного запаса он объяснял лобной локализацией патопластического дефекта. Патологические словообразования, называемые в классической психопатологии неологизмами, К. Kleist сравнивал с литеральными парафазиями. Шизофазия понималась им как явление «жаргонафазии», наблюдающееся при резко выраженной сенсорной афазии. Аналогичной точки зрения придерживался Случевский Ф.И. Как и К. Kleist, он считал данные нарушения речи при шизофрении следствием органического поражения мозга, феноменологически равнозначным афазиям в клинике неврологических болезней[1,3].

Современные исследования речи при шизофрении принадлежат Andreasen N.C. и Crow T.J. Значимость теоретических выводов этих авторов касательно патологии речи при шизофрении основывается на том, что они были сделаны на основании параклинических, нейрхимических, молекулярно-генетических и нейропсихологических методов. Авторы придерживаются концепции негативных и позитивных расстройств речи. Негативные расстройства первичны. Они возникают в результате поражения дорсолатеральной префронтальной ассоциативной коры и диффузной атрофии новой коры (Andreasen N.C.), изменения латерализации функции полушарий, проявляемой в утрате полушарной специализации и ухудшения кооперации между полушариями (Crow T.J). Негативные

симптомы речевой продукции в систематике шизофрении Andreasen N.C. называются алогией. Клинически алогия означает бедность, замедленность, отсутствие содержания речи, уменьшение ее как по объему, так и качественно. Бедность речи означает снижение спонтанности, ограниченности словесных выражений и оборотов. Ответы на вопросы могут или вообще отсутствовать, либо быть краткими, конкретными, формальными без уточнений. Бедность содержания речи включает в себя отсутствие содержательной части речи из-за избыточной конкретности, повторов и стереотипий. Алогия включает в себя прерывания непрерывного потока речи, т.н. блокировку и задержку ответов. Негативные расстройства речи по мнению Andreasen N.C. клинически идентичны речевой акинезии у пациентов с ограниченным поражением поясной извилины. К недифицитарным (позитивным) нарушениям речи Andreasen N.C. относит неадекватный подбор слов или по их фонетическому или семантическому сходству при ускоренном темпе, что делает речь бессвязной. При этом могут наблюдаться соскальзывания, ответы по касательной, разорванность по типу шизофазии, паралогичность, обстоятельность, речевой напор, отвлекаемость и ассоциации по созвучию[4,5].

Crow T.J. вообще относит к позитивным речевым симптомам симптомы первого ранга Шнайдера К., фактически проводя знак равенства между галлюцинаторно-бредовой симптоматикой и патологией лингвистических процессов. Развивая данную теорию, Crow T.J. выдвигает гипотезу о том, что шизофрения является своего рода нейролингвистической платой за существование речи у человека. Позитивные симптомы Crow T.J. связывал с нарушением нейронной организации речи в новой коре[5].

Таким образом, следует сделать следующие выводы. В старых классических работах патология речи при шизофрении как самостоятельный психопатологический феномен либо отрицалась, либо понималась как следствие нарушения других психических процессов. Так, К. Schneider, чья систематика шизофрении была положена в основу раздела F2 Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10 пересмотра, считал нарушения речи малодифференцированными признаками и не относил их к симптомам I ранга при этом расстройстве. Патопсихологические исследования советских психологов исходили из предпосылки о полной идентичности патологии речи и мышления. Их слабой стороной является, на наш взгляд, исключительно феноменологический подход и полное отсутствие клинко-анатомических интерпретаций. Современные исследования и, в частности, выводы Crow T.J. производят основательное впечатление. Предполагается, что именно расстройства речи являются центральными и системообразующими в общей клинической картине шизофрении. Поэтому считаем крайне важным проведение нейролингвистических

исследований шизофрении в соответствии с принципами доказательности в науке. Важно уточнить динамику изменений речи во время болезни (напр., исчезновение из речи глаголов и прилагательных), сопоставив их с клинико - психопатологической симптоматикой. Реализация данного направления представляется весьма своевременной ввиду приоритета в современной науке нейрокогнитивной парадигмы в понимании природы шизофрении.

Литература.

1. Случевский Ф.И. Атактическое мышление и шизофазия.-Л.: Медицина, 1975.- 159с.
2. Блейхер В.М. Расстройства мышления.- К.: Здоровья, 1983.- 192с.
3. Kleist K. Ueber chronisch wahnbildende psychosen des rbickbildungsalters //All.Ztschr.phych.- 1959.- S.69-81.
4. Crow T.J. Is schizophrenia the prise that Homo sapiens pays for language? //Schizophrenia research.- 1997.- N28.- P.127-141.
5. Can schizophrenia be localized in the brain? /Ed. N.C.Andreasen.- Washington: Amer.psychiatr.press, Inc., 1986.- 87p.