

Комплексное психологическое исследование пациентов с расстройствами шизофренического спектра

Лебедева Г.Г.¹, Степанова А.В.², Коцюбинский А.П.²

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова,

²Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.М. Бехтерева

Резюме. В статье затрагивается вопрос о необходимости комплексной психологической оценки состояния пациентов, необходимой для характеристики «психологического диагноза», являющегося (наряду с биологическим, социальным и функциональным) важной составляющей целостного (холистического) понимания сущности психических расстройств. Наиболее важными психологическими характеристиками в рамках психологического диагноза являются: личностные особенности; особенности когнитивных процессов; особенности защитно-совладающего поведения; особенности внутренней картины болезни (ВКБ), которые рассматриваются с точки зрения понятия о «психологическом адаптационно-компенсаторном потенциале». Последний предусматривает анализ характеристик, представляющих структуру личности, включая изучение особенностей их соотношения как между собой, так и с внешними факторами.

Целью исследования являлось определение клинико-психологических и экспериментально-психологических особенностей пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Делаются выводы, что у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством присутствуют нарушения мышления в виде искажения и снижения процесса обобщения, а также эмоциональная обедненность мышления. При этом у пациентов с параноидной шизофренией когнитивный дефицит более выражен, чем у пациентов с шизотипическим расстройством. В то же время профили психологической адаптации пациентов с параноидной шизофренией и с шизотипическим расстройством не имеют существенных различий.

Ключевые слова: расстройства шизофренического спектра, холистический подход, психологический диагноз, психологическая диагностика, психологический адаптационно-компенсаторный потенциал.

A comprehensive psychological study of patients with schizophrenia spectrum disorders

Lebedeva G.G.¹, Stepanova A.V.², Kotsubinsky A.P.²

¹ FSBEI HE I.P. Pavlov SPbSMU MOH Russia

² V.M. Bekhterev National medical research center of psychiatry and neurology

Summary. The article address the issue of the need for comprehensive psychological assessment of patients needed to characterize «psychological diagnosis», which (along with the biological, social and functional), an important component of a holistic (holistic) understanding of the nature of mental disorders. The most important psychological characteristics in the framework of psychological diagnosis are: personal characteristics; especially cognitive processes; especially protective and coping; features an internal picture of disease (FIPD), which are discussed in terms of the concept of «psychological adaptation-compensatory potential». The latter provides for the analysis of the characteristics that represent the structure of the individual, including the study of the characteristics of their relations among themselves and with external factors. The aim of the research was to determine the clinical, psychological and experimental psychological features of patients with schizophrenia spectrum disorders. It is concluded that patients with paranoid schizophrenia and schizotypal disorder present disturbances of thinking in the form of distortion and reduction of process of generalization, as well as the depletion of emotional thinking. Thus in patients with paranoid schizophrenia cognitive deficit are more pronounced than in patients with schizotypal disorder. At the same time profiles of psychological adaptation of patients with paranoid schizophrenia and schizotypal disorder have no significant differences.

Key words: schizophrenia spectrum disorders, the holistic approach, the psychological diagnosis, psychological diagnosis, psychological adaptation and compensatory potential.

Потребность современной психиатрии в целостной оценке состояния больного и его потенциальных возможностей восстановления базируется на биопсихосоциальном понимании природы психических расстройств [7, 16, 21, 28, 32]. Это обстоятельство делает актуальным холистический (комплексный) подход к оценке состояния больных, а в рамках его — постановку биологического, психологического, социального и функционального диагнозов, что позволяет раз-

работать действенную программу персонализированной терапии каждого пациента и предполагает использование индивидуализированно обоснованных психофармакотерапевтических препаратов, видов психотерапевтических интервенций и социотерапевтических мероприятий, а также адекватного соотношения удельных весов различных форм специализированной медицинской помощи в зависимости от этапов течения психических расстройств. Холистический (комплексный)

подход к пациенту предполагает бригадное взаимодействие специалистов различных специальностей (врач, психолог, медсестра и др.) [11, 12, 13].

При переходе к холистическому подходу достигается подлинное системное понимание сущности психических расстройств, при котором соотношения биологического, психологического и социального «предстают более полными и многогранными, как реципрокные, взаимодействующие и взаимосодержащие развитию психического заболевания» [22]. Использование целостного анализа обеспечивает стереоскопическое видение ситуации и позволяет преодолеть старую дихотомию «биологическое или психологическое», а также антиномию «первопричины» и четко обозначить природу заболевания с однозначным отношением его к тому или иному классу психических расстройств. Можно сказать, что он является своего рода антитезой линейным (несистемным) моделям понимания психических расстройств.

Холистический подход вынуждает психиатров, при всей относительности диагностических оценок, стремиться как можно полнее выявить все особенности анамнеза и текущего состояния пациента, проанализировать динамику заболевания, учесть данные грамотного и всестороннего психологического и соматического обследования и характеристики социального окружения больного, чтобы сформулировать целостное представление о пациенте и определить стратегию и тактику программы его лечения и реабилитации.

Традиционное для настоящего времени психологическое обследование больного в психиатрической клинике направлено на выяснение уровня нарушений, имеющих в познавательной и эмоционально-волевой сферах психологического функционирования, а также характера этих расстройств, что делает возможным уточнение определенных аспектов процесса дифференциальной диагностики психического состояния пациента. Однако получаемая в результате этого информация оказывается недостаточной, так как не охватывает особенности психологических ресурсов больного, его психологической адаптации, а именно — психологического адаптационно-компенсаторного потенциала.

В последние годы психологами активно разрабатывается и подробно освещается в психодинамических, когнитивно-поведенческих и других современных направлениях психологии понятие «адаптационный потенциал личности» или «личностный адаптационный потенциал» [2, 8, 10, 18], центральной инстанцией которого является структура «Я», обеспечивающая согласование многообразных психических функций, управление ими, сохранение индивидуальности человека на всем протяжении его жизненного пути [17].

Изучение психологического адаптационного потенциала (адаптационно-компенсаторного потенциала личности) предусматривает анализ характеристик, представляющих структуру личности, особенностей их соотношения как между собой, так и с внешними факторами, а также, с на-

шей точки зрения, — их роль в формировании «структурного дефицита» и/или интрапсихического конфликта и личностных защитных образований.

Именно эти психологические характеристики фиксируются в рамках психологического диагноза. Наиболее важные из них являются нижеследующими.

1. Личностные особенности. Рассматриваются как личностные ресурсы, так и личностный адаптационный потенциал. С этой целью изучается самооценка, контроль, саморегуляция, особенности поведения, особенность эмоциональных переживаний и потребностно-мотивационных характеристик.

2. Когнитивные процессы. В настоящее время установлено, что у большинства пациентов с шизофренией когнитивный дефицит является важным самостоятельным или даже ведущим расстройством, которое коррелирует со структурной психопатологическими расстройствами [9], существенным образом сопряжено с негативными психопатологическими синдромами и в значительной степени определяет терапевтический прогноз и функциональные (социальные) исходы [29,32,35].

3. Особенности защитно-совладающего поведения, которое в первую очередь характеризует степень контроля тревоги и переживаний в сложных жизненных обстоятельствах (в том числе в ситуации заболевания).

4. Внутренняя картина болезни (ВКБ), которую часто рассматривают как вторичную психологическую защиту.

Целостная оценка адаптационных механизмов и ресурсов, когнитивной и личностной сферы пациентов является важной составляющей в понимании структуры нарушений, а также в планировании оптимальных путей коррекционной помощи, представляя собой часть комплексной реабилитации пациентов.

Целью настоящего исследования является определение клинико-психологических и экспериментально-психологических особенностей пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Материал исследования. В исследовании приняли участие 128 человек в возрасте от 16 до 45 ($M=26,02 \pm 0,60$) лет, из которых 81 мужчин (63 %) и 47 (37%) женщин. Пациентов с параноидной шизофренией (F 20 по МКБ-10) — 76 человек, пациентов с шизотипическим расстройством (F21 по МКБ-10) — 52 человека. Группы больных являлись сопоставимыми по основным социально-демографическим характеристикам.

Критерии отбора: наличие клинически установленного диагноза в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10; отсутствие на момент обследования острой психотической симптоматики, выраженного интеллектуально-мнестического снижения и признаков нейрорепитического синдрома; отсутствие полиморфной симптоматики и коморбидных расстройств; информированное добровольное согласие на участие

в исследовании и отсутствие возражений со стороны лечащего врача.

Методы. Для оценки личностных особенностей пациентов использовался стандартизированный клинический личностный вопросник [23]. Для оценки психологической адаптации использовались психодиагностические методики: Шкала копинг-стратегий Lazarus «ОСП» [5]; Индекс жизненного стиля «ИЖС» [3]; Тип отношения к болезни «ТОБОЛ» [4].

Для оценки степени выраженности когнитивного дефицита использовались: Тест «Последовательные соединения» [33]; тест беглости речевых ответов [30]; тест «Сложная фигура Рея–Остерица» [31,34]; таблицы Шульте–Горбова [1,6]; таблицы Шульте [20]; субтесты «Кубики», «Шифровка», «Повторение цифр» методики Векслера [26]; тест на запоминание 10 слов [15]; стандартные прогрессивные матрицы Равена [19]; пиктограммы [27].

В ходе исследования анализировались различия в выполнении психодиагностических методик разными группами пациентов с расстройствами шизофренического спектра — параноидной шизофренией (F20.0) и шизотипическим расстройством (F21). Сравнение между группами проводилось с помощью U-теста Манна–Уитни.

Результаты и обсуждение

Клинико-психологические характеристики различных групп пациентов в процессе их взаимодействия с психологом и медицинским персоналом имеют общие характеристики (имеет место непродолжительный визуальный контакт с собеседником, не отмечается нарушений коммуникативной функции речи) и специфические характеристики: а) у пациентов с параноидной шизофренией, по сравнению со страдающими шизотипическим расстройством, более снижен интерес к экспериментально-психологическому исследованию; б) они легче нарушают инструкции в заданиях, не заинтересованы в одобрении со стороны экспериментатора; в) отмечается снижение ин-

тереса к результатам своей работы и более отчетливое нарушение критичности (пациенты не исправляют своих ошибок, с трудом принимают замечания); г) наблюдается более формальное отношение к проводимой лекарственной терапии и медицинскому персоналу со склонностью избегать приемов препаратов и стремлением руководствоваться преимущественно удовлетворением своих нужд и потребностей.

Необходимо отметить, что у пациентов с параноидной шизофренией чаще, чем при шизотипическом расстройстве, встречается отказы от сотрудничества (они не включались в исследование), в некоторых случаях сама необходимость психологического обследования вызывала у таких пациентов легкую раздражительность, несмотря на их общую эмоциональную «сглаженность».

Кроме того, были отмечены специфические «лакуны» в результатах некоторых психологических тестов (проб): например, при запоминании 10 слов (изучение памяти) у пациентов с параноидной шизофренией отмечались парафазии (вербальные), в то время как при шизотипическом расстройстве они отсутствовали.

Личностные особенности. Изучение личностных особенностей сравниваемых групп пациентов обнаружило следующее.

Как видно, в целом профиль пациентов с параноидной шизофренией 8"2746'13095- значительно не отличается от профиля пациентов с шизотипическим расстройством 82"74'13069-5/. При этом пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством характеризует выраженная оригинальность, субъективность взглядов, нешаблонность мышления, интровертированность, эмоциональная сдержанность, холодность в общении, затрудненность эмоционального контакта, дистанцированность, сниженный уровень оптимизма, социальной продуктивности. В то же время пациенты с параноидной шизофренией по сравнению с пациентами с шизотипическим расстройством менее впечатлительны, в меньшей степени не удовлетворены собой, менее пессимистически оценивают свои возможности.

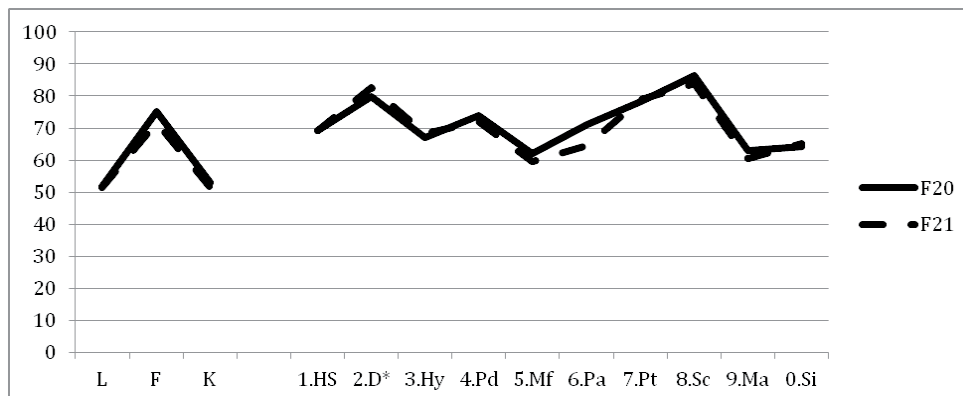


Рис. 1. Средние значения шкал MMPI у пациентов сравниваемых групп
Примечание:* — различия показателей между группами больных (F 20 и F 21) при $p \leq 0,05$.

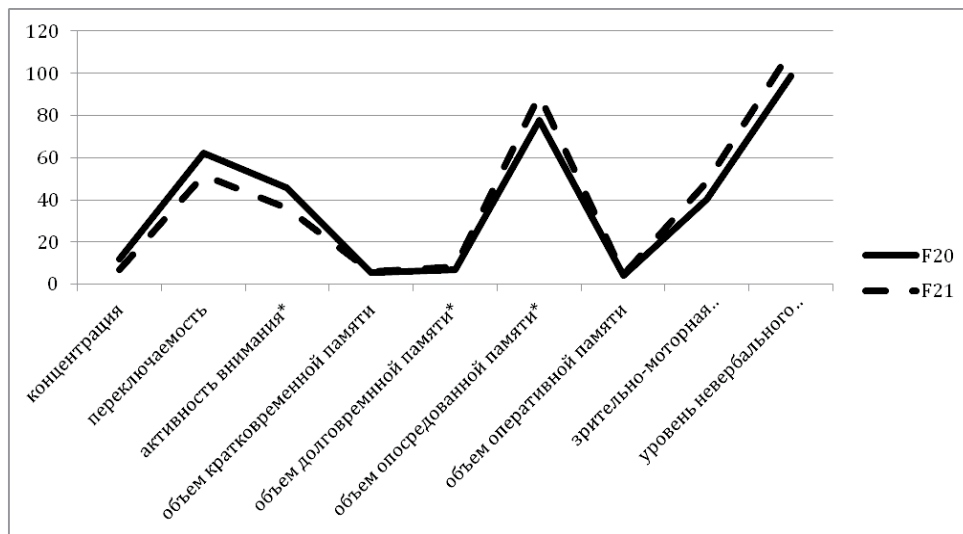


Рис. 2. Средние значения основных когнитивных показателей у пациентов сравниваемых групп
Примечание:* — различия показателей между группами больных (F 20 и F 21) на уровне статистической значимости).

Когнитивные особенности. Результаты проведенного исследования когнитивной сферы и его основных показателей представлены на рис.2.

Как видно, у пациентов с параноидной шизофренией показатели активности внимания (показатели выполнения части А теста ТМТ ($M=45,8\pm 2,7$)) ниже соответствующих показателей пациентов с шизотипическим расстройством ($M=35,9\pm 2,9$), причем это различие достигает уровня статистической значимости ($p\leq 0,01$). Пациенты с параноидной шизофренией ($M=6,8\pm 0,3$) уступают также пациентам с шизотипическим расстройством ($M=8,1\pm 0,3$) в эффективности сохранения информации, то есть долговременной памяти (количестве воспроизведенных слов отсрочено), причем на уровне, достигающим статистической значимости ($p\leq 0,01$). Пациенты с параноидной шизофренией ($M=77,5\pm 3,0$) уступают пациентам с шизотипическим расстройством ($M=89,7\pm 1,9$) и в количестве воспроизведенных слов (объеме опосредованной памяти), то есть использование пациентами с параноидной шизофренией ассоциаций не помогало пациентам запоминать, причем этот феномен имел место на уровне, достигающим статистической значимости ($p\leq 0,01$).

Подводя итог результатам комплексного экспериментально-психологического исследования когнитивной сферы, можно отметить, что пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством характеризует отсутствие нарушений в уровне работоспособности (таблицы Шульце), объеме кратковременной и долговременной памяти (10 слов), уровне пространственного мышления, конструктивного праксиса (Кубики), уровне невербального интеллекта (тест Равена). Значимо не различались также пациенты этих групп по частоте легкой степени снижения уровня обобщения, особенностям абстрактно-логического вербального мышления (тест на сходство), выраженности степени искажений процесса

обобщения (Исключение 4-го, Сравнение), эмоциональной обедненности мышления (низкое количество формальных и индивидуально-значимых образов в пиктограммах).

Сравнительный анализ когнитивных нарушений у пациентов с расстройствами шизофренического спектра показал, что на фоне сохранного (высокого) уровня интеллекта у пациентов с параноидной шизофренией когнитивный дефицит был более, чем при шизотипическом расстройстве, представленным, а именно: имели место более выраженные показатели снижения функции активного (произвольного) внимания, семантической и зрительной памяти, зрительно-моторной координации, управляющих (регуляторных) функций. В обеих группах отмечались нарушения мышления в виде искажения и снижения процесса обобщения и эмоциональная обедненность мышления.

Более подробно результаты проведенного многостороннего исследования когнитивных процессов пациентов исследуемых групп представлены в наших предыдущих публикациях [14,25].

Адаптационно-компенсаторные особенности. Более подробно результаты проведенного исследования адаптационных ресурсов у пациентов исследуемых групп представлены в предыдущем публикации [24]. Результаты, полученные в данном исследовании, представлены ниже

Как видно, в структуре механизмов психологической защиты (МПЗ) ведущим у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством являлось вытеснение. При этом пациентам с параноидной шизофренией, по сравнению с пациентами с шизотипическим расстройством, был характерен более высокий уровень напряженности механизма «вытеснение» ($p\leq 0,05$). Более частое, чем при шизотипическом расстройстве, использование больными параноидной шизофренией данного механизма психологической защиты (вытеснения) может быть связано с более

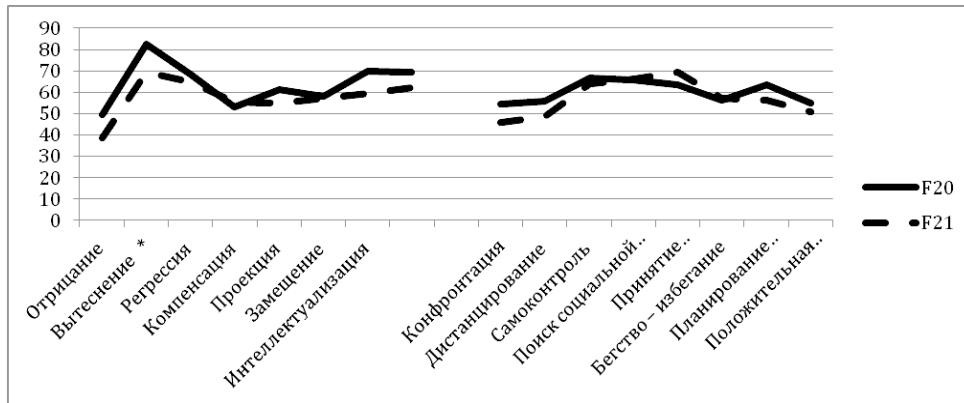


Рис. 3. Средние значения показателей защитно-совладающего поведения у пациентов сравниваемых групп
Примечание:* — различия показателей между группами больных (F 20 и F 21) при $p \leq 0,05$.

«тяжелыми» проявлениями собственно заболевания, характеризующегося психотическим уровнем продуктивной симптоматики и высоким уровнем тревожности.

Кроме того, у пациентов с параноидной шизофренией преобладали следующие механизмы психологической защиты — интеллектуализация ($M=70 \pm 4,66$), реактивные образования ($M=69,35 \pm 5,27$), у пациентов с шизотипическим расстройством — регрессия ($M=64,79 \pm 4,72$).

Копинг-поведение пациентов оказалось сходным, что свидетельствует об идентичном стремлении пациентов обеих групп к контролю над своими эмоциями, к поиску социальной поддержки среди близких, а также в медицинской сфере. При этом в репертуаре копинг-поведения у пациентов с параноидной шизофренией ведущими стратегиями совладания являлись: самоконтроль ($M=66,82 \pm 2,45$), поиск социальной поддержки ($M=65,9 \pm 3,81$), принятие ответственности ($M=63,66 \pm 4,39$). В репертуаре копинг-поведения у пациентов с шизотипическим расстройством ведущими стратегиями были: принятие ответственности ($M=69,31 \pm 3,22$), поиск социальной поддержки ($M=66,35 \pm 3,43$), самоконтроль ($M=64,04 \pm 2,27$).

Изучение внутренней картины болезни позволило обнаружить следующее (рис. 4).

Как видно, преобладания определенных типов отношения к болезни, достигающих достоверности различий на уровне статистической значимости, между сравниваемыми группами не обнаружено. В то же время внутренняя картина болезни пациентов с параноидной шизофренией характеризовалась преобладанием интрапсихически направленных типов отношения к болезни: сенситивного ($M=20,16 \pm 2,3$), меланхолического ($M=13,19 \pm 2,17$), тревожного ($M=13,03 \pm 2,31$) и ипохондрического ($M=12,16 \pm 2,21$). Исходя из этих данных, можно предположить, что у пациентов данной формы шизофрении наблюдаются нарушения психологической адаптации, которые определяют имеющуюся у них повышенную чувствительность к болезненным переживаниям, стремление «отказаться» от борьбы с болезнью, пассивность личностной позиции. Внутренняя картина болезни у пациентов с шизотипическим расстройством характеризовалась преобладанием интрапсихически и интерпсихически направленных типов отношения к болезни: сенситивного ($M=16,6 \pm 1,8$), ипохондрического ($M=14,3 \pm 1,9$), тревожного ($M=13,86 \pm 1,9$) и неврастенического

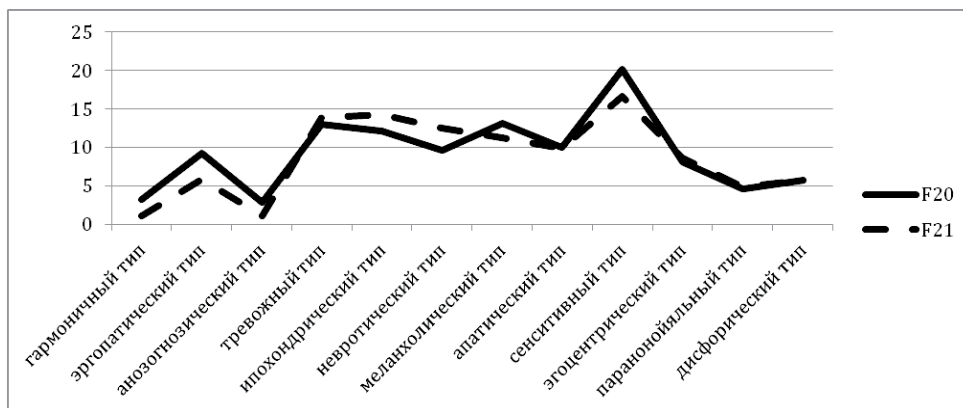


Рис. 4. Средние значения показателей типов отношения к болезни у пациентов сравниваемых групп

($M=12,51\pm 1,5$) типов. Для пациентов данной формы заболевания характерно дезадаптивное поведение в условиях болезни: они стесняются своего заболевания перед окружающими, проявляют реакции раздражительности в тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, могут «использовать» болезнь для достижения своих целей, фиксируются на своем состоянии, стремятся к уходу в болезнь, что ухудшает их социальную адаптацию.

Выводы

1. У пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством отмечались нарушения мышления в виде искажения и снижения процесса обобщения и эмоциональная обесценность мышления.

2. У пациентов с параноидной шизофренией когнитивный дефицит более выражен, чем у пациентов с шизотипическим расстройством, а именно: имели место более выраженные показатели снижения функции активного (произвольного) внимания, семантической и зрительной памяти, зрительно-моторной координации, управляющих (регуляторных) функций.

3. Профили психологической адаптации пациентов с параноидной шизофренией и с шизотипическим расстройством не имеют существенных различий, что может свидетельствовать об общем характере психологического адаптационно-компенсаторного потенциала в сравниваемых группах.

4. В целом у пациентов шизофренического спектра выявлено несоответствие между дезадаптивными показателями внутренней картины бо-

лезни, преобладанием незрелых психологических защит и выбором относительно конструктивных способов совладающего поведения.

5. Выявленные в процессе исследования психологические особенности, различающие пациентов параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством, оказываются достаточно существенными, в силу чего должны учитываться в практической деятельности при составлении индивидуальных реабилитационных карт пациентов.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование позволило констатировать, что у пациентов параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством имеется много «общих», мало различающих эти группы, характеристик психологической адаптации, что косвенно свидетельствует о правомерности отнесения этих состояний к общим расстройствам шизофренического спектра. Тем не менее, вследствие более выраженных когнитивных нарушений (выраженности нейрокогнитивного дефицита), выявленных у пациентов с параноидной шизофренией, эти больные в большей степени, чем страдающие шизотипическим расстройством, испытывают сложности в повседневной деятельности, оказываясь менее успешными в преодолении жизненных трудностей, а также выдерживания внутренних и внешних нагрузок. В связи с этим целесообразен учет выявленных психологических характеристик, различающих изученные группы пациентов, в практической деятельности при составлении индивидуальных реабилитационных карт пациентов.

Литература

1. Блейхер В.М. Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер, И.В. Крук. — Киев: Здоровье. — 1986. — 192 с.
2. Богомолов А.М. Личностный адаптационный потенциал в контексте системного анализа // Психологическая наука и образование. — 2008. — №1. — С-67-73.
3. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б., Петрова Н.Н., Беспалько И.Г., Беребин М.А., Савельева М.И., Таукенова Л.М., Штрахова А.В., психологи: Аристова Т.А., Осадчий И.М.. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для врачей и психологов. — С-Пб: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 1998. — 34 с.
4. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я.. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. — С-Пб: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2005. — 31с.
5. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., Новожилова М.Ю., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для личности ситуациями / Пособие для врачей и медицинских психологов. — Изд-во: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — СПб. — 2009. — 40 с.
6. Горбов, Ф. Д. О «помехоустойчивости» оператора / Ф. Д. Горбов // Инженерная психология / под ред. А. Н. Леонтьева, В. П. Зинченко, Д. Ю. Панова. — М.: Из-во МГУ. — 1964. — С. 340-357.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. — М.: ИД Мед-практика. — 2007. — 492 с.
8. Добряк С.Ю. Динамика психологической адаптации курсантов на первом и втором году обучения в военном вузе: дис. канд. психол. наук. — С-Пб. — 2004. — С.202.
9. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. — СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева. — 2008. — 288 с.
10. Коновалова Н.Л. Предупреждение нарушений в развитии личности при психологическом сопровождении школьников. — С-Пб. — 2000. — С-232.
11. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и соавт. Шизофрения: уязвимость — ди-

- атез — стресс — заболевание. — СПб.: «Гиппократ +». — 2004. — 336 с.
12. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Пенчул Н.А. Функциональный диагноз в психиатрии. Сообщение 1. Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Пенчул Н. А. Функциональный диагноз в психиатрии. Сообщение 1 // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — №4. — С.67-71.
 13. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Пенчул Н.А. Функциональный диагноз в психиатрии. Сообщение 2. Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Пенчул Н. А. Функциональный диагноз в психиатрии. Сообщение 2 // Социальная и клиническая психиатрия. — 2006. — №4. — С.87-89.
 14. Лебедева Г.Г., Исаева Е.Р., Степанова А.В. Когнитивный дефицит при параноидной шизофрении и шизотипическом расстройстве: сравнительное исследование когнитивных нарушений // Вестн. Томского гос. пед. ун-та. — 2013. — Вып. 5. — С. 155-160.
 15. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М. — 1962. — 432 с.
 16. Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П. Значение школы В.М.Бехтерева в формировании биопсихосоциальной концепции нервнопсихических расстройств. — Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2013. — №1. — С. 77-81.
 17. Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф., Богданова Л.В. Психическая препатология (превентивная диагностика и коррекция). — С-Пб.: ЭЛБИ-СПб. — 2010. — С.368.
 18. Посохова С.Т. Настольная книга практического психолога. — М.: АСТ. — 2008. — 671 с.
 19. Равен Дж. К. Руководство к Прогрессивным Матрицам Равена и Словарным Шкалам. Раздел 3: Стандартные Прогрессивные Матрицы (включая Параллельные и Плюс версии) / Дж. К. Равен, Дж. Х. Корт, Дж. Равен. — М.: Когито-Центр. — 2002. — 144 с.
 20. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. (Практическое руководство). — М.: Апрель-Пресс, Психотерапия. — 2007. — 224 с.
 21. Семенова Н.Д. Исследование в области групповых психосоциальных подходов к лечению шизофрении: современное состояние и перспективы // XIV съезд психиатров России: материалы съезда / Под ред. В.Н. Краснова. — М. — 2005. — С. 82.
 22. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства — Л.: Медицина. — 1987. — 182 с.
 23. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ. — СПб.: Речь. — 2000. — 219 с.
 24. Степанова А.В. Сравнительный анализ психологической адаптации у больных шизотипическим расстройством и параноидной шизофренией // Ученые записки СПбГМУ им. Акад.И.П. Павлова. — 2015. — Т.22. — С.47-50.
 25. Степанова А.В., Исаева Е.Р., Коцюбинский А.П., Лебедева Г.Г. Сравнительный анализ когнитивных дисфункций у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2014. — № 4. — С.62-67.
 26. Филимонок Ю.И. Тест Векслера. Диагностика уровня развития интеллекта (взрослый вариант): методическое руководство / Ю. И. Филимонок, В. И. Тимофеев. — СПб.: ИМА-ТОН. — 2006. — 112 с.
 27. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. Изд. 3-е, переработанное и дополненное. — СПб.: Речь. — 2003. — 120 с.
 28. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Михайлова И.Н. Системноориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова, — 2008. — № 6. — С. 4-10.
 29. Gold J.M. Cognitive deficit in schizophrenia / J.M.Gold, P.D.Harvey//Psychiatr. Clin. North Am. — 1993. -Vol. 16. — P. 259-312.
 30. Lezak, M.D. Neuropsychological Assessment / M. D. Lezak. — N.Y.: Oxford University Press. — 1995. — 1016 p.
 31. Meyers, J.E. Rey Complex Figure and recognition trial: Professional manual / J. E. Meyers, K. R.Meyers. — Odessa: Psychological Assessment Resources. — 1995.
 32. Pfammatter M., Junghan U.M., Brenner H.D. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses // Schizophr. Bull. — 2006. — Vol.32. — P.64-80.
 33. Reitan, R.M. The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and Clinical Interpretation / R. M. Reitan, D. Wolfson. — 2nd ed. — South Tucson: Neuropsychology Press. — 1993.
 34. Saykin A.J. Neuropsychological function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning / A.J.Saykin, R.C.Gur, R.E.Gur, et. al. // Arch. Gen. Psych. — 1991. — Vol. 48. — P.618-624.
 35. Sharma T., Ph. Harvey. Cognition in schizophrenia. Impairments, importance, and treatment strategies / ed.by Oxford: University Press. — 2000. — 363 p.

References

1. Blejher V.M. Patopsihologicheskaja diagnostika / V.M. Blejher, I.V. Kruk. — Kiev: Zdorov'ja. — 1986. — 192 s.
2. Bogomolov A.M. Lichnostnyj adaptacionnyj potencial v kontekste sistemnogo analiza // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. — 2008. — №1. — С. 67-73.
3. Vasserman L.I., Eryshev O.F., Klubova E.B., Petrova N.N., Bespal'ko I.G., Berebin M.A., Saveleva M.I., Taukenova L.M., Shtrahova A.V., psihologi: Aristova T.A., Osadchij I.M. Psihologicheskaja diagnostika indeksa zhiznennogo stilja. Posobie dlja vrachej i psihologov. — S-Pb: Izd-vo NIPNI im. V.M. Behtereva. — 1998. — 34 s.

4. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova Je.B., Vuks A.Ja.. Psihologicheskaja diagnostika otnoshenija k bolezni. Posobie dlja vrachej. — S-Pb: Izd-vo NIPNI im. V.M. Behtereva. — 2005. — 31s.
5. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Isaeva E.R., Trifonova E.A., Shhelkova O.Ju., Novozhilova M.Ju., Vuks A.Ja. Metodika dlja psihologicheskoi diagnostiki sposobov sovladanija so stressom i problemnymi dlja lichnosti situacijami / Posobie dlja vrachej i medicinskih psihologov. — Izd-vo: NIPNI im. V.M. Behtereva. — 2009. — 40 s.
6. Gorbov, F.D. O «pomehoustojchivosti» operatora / F.D. Gorbov // Inzhenernaja psihologija / pod red. A.N. Leont'eva, V.P. Zinchenko, D.Ju. Panova. — M.: Iz-vo MGU. — 1964. — S. 340-357.
7. Gurovich I.Ya, Shmukler A.B., Storozhakova J.A. Psychosocial treatment and psychosocial rehabilitation in psychiatry. — M.: ID Medpraktika. — 2007. — 492 s.
8. Dobrjak S.Ju. Dinamika psihologicheskoi adaptacii kursantov na pervom i vtorom godu obuchenija v voennom vuze: dis. kand. psihol. nauk. — S-Pb. — 2004. — 202 s.
9. Ivanov M.V., Neznakov N.G. Negativnye i kognitivnye rasstrojstva pri jendogennyh psihozah: diagnostika, klinika, terapija. — SPb.: NIPNI im. V.M. Behtereva. — 2008. — 288 s.
10. Konovalova N.L. Preduprezhdenie narushenij v razvitii lichnosti pri psihologicheskom soprovozhdenii shkol'nikov. — S-Pb. — 2000. — 232 s.
11. Kocjubinskij A.P., Skorik A.I., Aksenova I.O. i soavt. Shizofrenija: ujazvimost' — diatez — stress — zabo-levanie. — SPb.: «Gippo- krat +». — 2004. — 336s.
12. Kocjubinskij A.P., Shejnina N.S., Penchul N.A. Funkcional'nyj diagnoz v psichiatrii. Soobshhenie 1. Kocjubinskij A.P., Shejnina N.S., Penchul N.A. Funkcional'nyj diagnoz v psichiatrii. Soobshhenie 1 // Social'naja i klinicheskaja psichiatrija. — 2005. — №4. — S. 67-71.
13. Kocjubinskij A.P., Shejnina N.S., Penchul N.A. Funkcional'nyj diagnoz v psichiatrii. Soobshhenie 2. Kocjubinskij A.P., Shejnina N.S., Penchul N.A. Funkcional'nyj diagnoz v psichiatrii. Soobshhenie 2 // Social'naja i klinicheskaja psichiatrija. — 2006. — №4. — S. 87-89.
14. Lebedeva G.G., Isaeva E.R., Stepanova A.V. Kognitivnyj deficit pri paranoidnoj shizofrenii i shizotipicheskom rasstrojstve: sravnitel'noe issledovanie kognitivnyh narushenij // Vestn. Tomskogogos. ped. un-ta. — 2013. — Vyp.5. — S. 155-160.
15. Lurija A.R. Vysshie korkovyje funkcii cheloveka. — M. — 1962. — 432 s.
16. Neznakov N.G., Akimenko M.A., Kocjubinskij A.P. Znachenie shkoly V.M.Behtereva v formirovanii biopsihosocial'noj koncepcii nervnopsichicheskikh rasstrojstv. // Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii. — 2013. — №1. — S. 77-81.
17. Ovchinnikov B.V., D'jakonov I.F., Bogdanova L.V. Psihicheskaja predpatologija (preventivnaja diagnostika i korrekcija). — SPb.: JeLBI-SPb. — 2010. — 368 s.
18. Posohova S.T. Nastol'naja kniga prakticheskogo psihologa. — M.: AST. — 2008. — 671 s.
19. Raven Dzh. K. Rukovodstvo k Progressivnym Matricam Ravena i Slovarnym Shkalam. Razdel 3: Standartnye Progressivnye Matricy (vključaja Parallel'nye i Pljus versii) / Dzh. K. Raven, Dzh. H. Kort, Dzh. Raven. — M.: Kogito-Centr. — 2002. — 144 s.
20. Rubinshtejn S.Ja. Jeksperimental'nye metodiki patopsihologii i opyt primenenija ih v klinike. (Prakticheskoe rukovodstvo). — M.: Aprel'-Press, Psichoterapija. — 2007. — 224 s.
21. Semenova N.D. Issledovanie v oblasti gruppovyh psihosocial'nyh podhodov k lečeniju shizofrenii: sovremennoe sostojanie i perspektivy // XIV s'ezd psichiatrov Rossii: materialy sezda / Pod red. V.N. Krasnova. — M. — 2005. — 82 s.
22. Semichov S.B. Predbolezennnye psihicheskie rasstrojstva. — L.: Medicina. — 1987. — 182 s.
23. Sobchik L.N. Standartizirovannyj mnogofaktornyj metod issledovanija lichnosti SMIL. — SPb.: Rech'. — 2000. — 219 s.
24. Stepanova A.V. Sravnitel'nyj analiz psihologicheskoi adaptacii u bol'nyh shizotipicheskim rasstrojstvom i paranoidnoj shizofreniej // Uchenye zapiski SPbGMU im. Akad. I.P. Pavlova. — 2015. — T.22. — S.47-50.
25. Stepanova A.V., Isaeva E.R., Kocjubinskij A.P., Lebedeva G.G. Sravnitel'nyj analiz kognitivnyh disfunkcii u pacientov s paranoidnoj shizofreniej i shizotipicheskim rasstrojstvom // Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva. — 2014. — № 4. — S. 62-67.
26. Filimonenko Ju.I. Test Vekslera. Diagnostika urovnja razvitija intellekta (vzroslyj variant): metodicheskoe rukovodstvo / Ju. I. Filimonenko, V. I. Timofeev. — SPb.: IMATON. — 2006. — 112 s.
27. Hersonskij B. G. Metod piktogramm v psichodiagnostike. Izd. 3-e, pererabotannoe i dopolnennoe. — SPb: Rech'. — 2003. — 120 s.
28. Jastrebov V.S., Mitihin V.G., Solohina T.A., Mihajlova I.N. Sistemno-orientirovannaja model' psihosocial'noj rehabilitacii // Zhurn. nevrol. i psichiatr. im. S.S.Korsakova. — 2008. — № 6. — S. 4-10.

Сведения об авторах

Лебедева Гульфия Гадилевна — ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова. E-mail: lebedeva2512@gmail.com

Степанова Анна Владимировна — медицинский психолог отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: stepanu.81@mail.ru

Кочюбинский Александр Петрович — д-р. мед. наук, профессор, гл. науч. сотр., руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: ak369@mail.ru