

## Взаимосвязь механизмов психологической адаптации с когнитивными нарушениями у больных шизотипическим расстройством

Степанова А.В.<sup>1</sup>, Исаева Е.Р.<sup>2</sup>, Коцюбинский А.П.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный исследовательский медицинский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, Санкт-Петербург,

<sup>2</sup>ГБОУ высшего профессионального образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»

**Резюме.** На примере пациентов, страдающих шизотипическим расстройством, относящимся к заболеваниям шизофренического спектра, приводятся данные, свидетельствующие о достоверной взаимосвязи имеющихся у больных когнитивных нарушений (внимание, память, мышление) с механизмами психологической адаптации (психологической защитой, копинг-стратегиями и типом отношения к болезни). В частности, установлено, что при более выраженных нарушениях когнитивной сферы достоверно чаще больные использовали дезадаптивные способы психологической адаптации.

**Ключевые слова:** шизофрения, шизотипическое расстройство, когнитивные нарушения, психологическая адаптация.

### Association between mechanisms of psychological adaptation and cognitive functioning violation in patients with schizotypal disorder

Stepanova A.V., Isaeva E.R., Kotsubinsky A.P.

V.M. Bekhterev national research medical center for psychiatry and neurology

**Summary.** By example of patients with schizotypal disorder belonging to the schizophrenia spectrum disorders, the study provides evidence of reliable association between cognitive dysfunction (in attention, memory, thinking) and mechanisms of psychological adaptation (defence mechanisms, coping and the type of attitude to the disease) in patients of this group. Particularly, it was found that the more severe violations of cognitive function were identified the more inadapative mechanisms of psychological adaptation were used by the patients.

**Key words:** Schizophrenia, schizotypal disorder, violations of cognitive function, psychological adaptation.

Как известно, наличие или возникновение психического расстройства в той или иной степени нарушают адаптацию индивида [13, 16, 18]. Одним из самых распространенных психических заболеваний является шизофрения, риск его развития составляет, по разным источникам, от 0,5% до 1%, а заболеваемость — 1 случай на 1000 населения в год [19]. В настоящее время установлено, что у большинства больных с расстройствами шизофренического спектра важными являются когнитивные нарушения, которые коррелируют со структурой других психопатологических расстройств и во многом определяют характер последующего клинического и социального восстановления [8]. Другим важным аспектом восстановления больных шизофренией является психологическая адаптация.

В последние годы психологами активно разрабатывается понятие «личностный адаптационный потенциал» [7,1,10,15,17]. Личностный адаптационный потенциал и его роль в преодолении болезни определяется как способность личности к структурным и уровневым изменениям своих качеств и свойств, что повышает её организованность и устойчивость [1]. Адаптационный потенциал является интегративным понятием, включающим специфические адаптационные ресур-

сы: внутренние — личностные и внешние — средовые. В целом понятие о личностном адаптационном потенциале и его роль является основой в понимании психологических механизмов развития психических расстройств [11] А.П. Коцюбинский [11] при определении адаптационного потенциала психически больных выделяет: особенности структуры личности, наличие конфликтов, особенности форм психологической защиты, особенности механизмов совладания (копинга), внутреннюю картину болезни.

По мере формирования ремиссии роль личностного адаптационного потенциала, по сравнению с активным периодом заболевания, существенно возрастает, а составляющие его содержание механизмы психологической адаптации (показатели внутренней картины болезни, копинг-стратегий и механизмов психологической защиты) становятся одним из главных детерминант социального прогноза [12, 20, 23].

На данный момент достаточно много исследований посвящено изучению связи когнитивных функций с уровнем социального функционирования больных параноидной шизофренией (F-20.0 по МКБ-10) [5,6], но работ, посвященных взаимосвязи когнитивных функций с механизмами психологической адаптации у больных шизо-

типическим расстройством (F-21 по МКБ-10) не проводилось. Однако данный аспект нам кажется достаточно важным не только с теоретической точки зрения, касающейся спорных до последнего времени представлений о месте шизотипического расстройства в общей картине заболеваний шизофренического спектра, но и для диагностики, прогноза, составления индивидуальных реабилитационных программ, предназначенных для этих пациентов, в особенности — при их курации в рамках бригадной полипрофессиональной формы работы (врач, психолог, психотерапевт, социальный работник, средний и младший медперсонал).

Целью данного исследования являлось — изучение взаимосвязей между механизмами психологической адаптации (внутренняя картина болезни, копинг-стратегии, механизмы психологической защиты) и нарушениями когнитивных функций (внимания, памяти, мышления) у больных шизотипическим расстройством (F-21 по МКБ-10).

На первом этапе было проведено исследование когнитивных процессов (внимания, памяти, мышления) и механизмов психологической адаптации. Данные этой части работы были представлены в наших прежних работах [13,21,22]. На втором этапе для изучения взаимосвязей механизмов психологической адаптации с когнитивными процессами был проведен корреляционный анализ между этими показателями.

#### Материалы и методы

В исследовании приняли участие 52 испытуемых с диагнозом «шизотипическое расстройство» (F-21 по МКБ-10), 55,8% мужчин и 44,2% женщин. Все исследуемые находились на лечении в отделении биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Средний возраст пациентов составил  $25,08 \pm 6,8$ . Длительность заболевания — от 0 до 17 лет (см. табл.1).

Длительность заболевания (количество лет)	n=52	%
0-1 год	20	38,4
2-5 лет	15	28,8
6-10 лет	14	26,9
11-17 лет	3	5,7
Итого	52	100

Основную часть выборки представили больные с длительностью заболевания от 0 до 5 лет (67,2%). В связи с этим испытуемые, участвовавшие в исследовании, являлись достаточно «сохранными» и не достигшими формирования признаков дефекта.

**Методы.** Для оценки когнитивных функций была составлена батарея патопсихологических методик: корректурная проба (буквенный вари-

ант), таблицы Шльте, субтест «Шифровка», тест зрительно-моторных соединений ТМТ, заучивание 10 слов, субтест повторение цифр в прямом и обратном порядке, исключение 4-го лишнего (невербальный вариант), сравнение понятий, таблицы Равена, сложная фигура Рея-Остерита. Для оценки механизмов психологической адаптации использовался опросник «Тип отношения к болезни (ТО-БОЛ)» [4], Индекс жизненного стиля (ИЖС) [2], Копинг-стратегии Lazarusa (ОССП) [3].

В данной работе были использованы современные методы описательной и аналитической статистики, статистическая программа SPSS. Для анализа корреляционных взаимосвязей использовался критерий Пирсона и критерий Спирмена. При описании результатов во внимание принимались значения достоверности не ниже  $p \leq 0,05$ .

#### Результаты и обсуждение

Проведенный корреляционный анализ механизмов психологической адаптации и когнитивной сферы больных с диагнозом «шизотипическое расстройство» (F-21 по МКБ-10) позволил выявить наличие достоверно значимых взаимосвязей между этими характеристиками.

При снижении функций внимания, а именно — его концентрации, устойчивости и переключаемости (Таблицы Шульте, корректурная проба, ТМТ), у испытуемых достоверно чаще встречались тревожный, паранойяльный, дисфорический, ипохондрический и эгоцентрический типы отношения к болезни, а также преобладал такой механизм психологической защиты (МПЗ), как «реактивные образования», и чаще использовалась копинг-стратегия «дистанцирование». Известно, что функции внимания — концентрация, устойчивость, переключаемость — являются компонентами когнитивного контроля. Таким образом, нарушения функций внимания, выявленные в исследовании, свидетельствуют о снижении когнитивного контроля, характерном для больных с шизотипическим расстройством.

Результаты данной части работы представлены в табл.2.

Как видно из табл. 2, нарушения концентрации внимания сопровождались более грубыми, дезадаптивными реакциями пациентов на свою болезнь, которые свидетельствовали об их личностной дезадаптации в условиях заболевания и проявлялись в повышенном уровне тревожности, подозрительности, амбивалентном эмоциональном реагировании. Так, например, «уход» в болезненные проявления и неверие в успех сочетались со стремлением «дистанцироваться» от переживания травмирующей ситуации болезни; пациенты стремились избегать осознания того, что с ними происходит, отказывались признавать наличие болезненных симптомов.

Исследование также выявило взаимосвязь нарушений мнестических функций с дезадаптивными механизмами психологической адаптации, а именно: 1) с паранойяльным, мелан-

**Таблица 2. Взаимосвязь функций внимания и механизмов психологической адаптации у больных шизофреническим расстройством (F-21 по МКБ-10)**

Методики	Механизмы психологической адаптации	Корреляция	Уровень достоверности р
Время выполнения таблиц Шульце (сек.)	Тип отношения к болезни		
	Тревожный	0,3	0,04
	Паранойяльный	0,3	0,04
	Дисфорический	0,43	0,001
	Ипохондрический	0,32	0,03
	Механизм психологической защиты		
	Реактивные образования	0,32	0,04
ТМТ время выполнения серии А (сек.)	Реактивные образования	0,35	0,03
ТМТ, время выполнения серии Б (сек.)	Эгоцентрический тип отношения к болезни	0,4	0,02
Корректирующая проба, общее кол-во ошибок	Копинг-стратегия дистанцирование	0,33	0,03

**Таблица 3. Взаимосвязь показателей мнестической деятельности и механизмов психологической адаптации больных шизофреническим расстройством (F-21 по МКБ-10)**

Методики для оценки мнестической деятельности	Механизмы психологической адаптации	Корреляция	Уровень достоверности р
Воспроизведение 10 слов (кол-во слов 1-10 предъявление)	Тип отношения к болезни		
	Паранойяльный	-0,31	0,04
	Механизмы психологической защиты		
	Вытеснение	-0,41	0,00
	Проекция	-0,38	0,01
	Замещение	-0,37	0,01
	Отрицание	0,38	0,01
	Копинг-стратегии		
	конфронтация	-0,33	0,03
Долговременная память (воспроизведение 10 слов через час)	Тип отношения к болезни		
	Меланхолический	-0,31	0,04
	Апатический	-0,3	0,05
	Эгоцентрический	-0,3	0,05
	Паранойяльный	-0,37	0,01
Повторение цифр, шкальная оценка	Паранойяльный	-0,32	0,05

холическим, апатическим, эгоцентрическим, эргопатическими типами отношения к болезни; 2) с такими МПЗ, как «вытеснение», «проекция», «замещение»; 3) с «конфронтацией» как доминирующей копинг-стратегией. Так, слабый объем кратковременной механической памяти коррелировал с выраженностью определенных показателей МПЗ («вытеснение», «проекция», «замещение») и копинг-стратегией «конфронтация». Низкая эффективность запоминания 10

слов была умеренно связана с высокими показателями паранойяльного, эгоцентрического типов отношения к болезни, а также с такими МПЗ, как «проекция», «вытеснение», «замещение» и с копинг-стратегией «конфронтация». При низких показателях долговременной памяти чаще встречались меланхолический, апатический, эгоцентрический, паранойяльные типы отношения к болезни. Результаты данной части работы представлены в табл.3.

Как видно, нарушения мнестической деятельности у пациентов с шизотипическим расстройством зачастую соотносилось с развитием паранойяльного, а также меланхолического и апатического типов отношения к болезни и лечению, что косвенно может свидетельствовать о наличии эмоционально-волевого снижения. Трудности запоминания информации сопровождались также агрессивными проявлениями, раздражением при одновременном вытеснении из сознания критики к своей несостоятельности (низкой продуктивности). В целом, можно сказать, что ослабление мнестической деятельности у больных шизотипическим расстройством приводит к актуализации непродуктивных механизмов психологической адаптации.

Исследование позволило выявить взаимосвязи мыслительной деятельности и механизмов психологической адаптации. Нарушения операциональной стороны мышления по типу искажения процессов обобщения и отвлечения (методика «Исключение 4-го лишнего») были отрицательно связаны с такими показателями копинг-поведения, как «дистанцирование» и «положительная переоценка», и положительно связаны с такими показателями МПЗ, как «вытеснение», «регрессия», «проекция» и копинг-стратегией «конфронтация». Это свидетельствует о том, что мышление определенно влияет на выбор того или иного конструктивного или неконструктивного защитно-совладающего поведения, что подтверждает наблюдения других авторов, описанные в более ранних исследованиях [9].

При оценке уровня интеллекта (таблицы Равена), было выявлено: итоговый показатель IQ отрицательно коррелировал с дезадаптивными типами отношения к болезни (эгоцентрическим, эргопатическим, паранойяльным), а также с копинг-стратегией «конфронтация». Это означает, что чем ниже уровень интеллекта у пациентов с шизотипическим расстройством, тем чаще он использует дезадаптивные типы эмоционального реагирования на болезнь.

При этом скорость выполнения методики Равена отражает не только уровень интеллекта, но и продуктивность мыслительной деятельности, активность внимания и уровень умственной работоспособности. Следовательно, чем медленнее выполняется методика Равена, тем хуже показатели умственной продуктивности пациента и тем чаще, по полученным в данном исследовании данным, будет использоваться копинг-стратегия «принятие ответственности». Результаты данной части работы представлены в табл. 4.

Для комплексной оценки продуктивности познавательной деятельности (когнитивного контроля, памяти, зрительно-конструктивных и зрительно-пространственных особенностей) в проведенном исследовании дополнительно была использована методика «Сложная фигура Рея-Остеррита». Результаты данной части работы представлены в табл. 5.

Как видно, при сопоставлении результатов выполнения данного теста с показателями механиз-

мов психологической адаптации было выявлено следующее: с увеличением времени, которое больные затрачивали на выполнение данной методики, увеличивалось применение дезадаптивных типов отношения к болезни, использование неконструктивных механизмов психологической защиты и копинг-стратегий, тогда как уменьшение времени, затрачиваемого на выполнения методики, было связано с применением более адаптивных моделей психологической адаптации. Так, чем больше времени испытуемые затрачивали на копирование сложной фигуры и чем меньше была точность их копирования, тем чаще встречался эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический, неврастенический типы отношения к болезни. С уменьшением точности непосредственного воспроизведения сложной фигуры увеличивалось использование таких МПЗ, как «проекция» и таких копинг-стратегий, как «конфронтация», «принятие ответственности», а также паранойяльного типа отношения к болезни. Увеличение времени для отсроченного воспроизведения фигуры и снижение точности воспроизведения коррелировало с выраженностью таких показателей МПЗ, как «регрессия», «проекция», а также — паранойяльного типа отношения к болезни. Чем лучше испытуемые справлялись с воспроизведением, тем чаще они использовали такую МПЗ, как «интеллектуализация».

Общее снижение продуктивности когнитивных функций у больных шизотипическим расстройством обуславливает использование дезадаптивных типов отношения к болезни и МПЗ, а также неконструктивных и условно конструктивных копинг-стратегий. Следовательно, методика «Сложная фигура Рея-Остеррита», достаточная новая и недавно включенная в инструментарий отечественной патопсихологии, может определять не только умственную продуктивность и уровень когнитивного функционирования (внимание, память, пространственное мышление и конструктивный праксис), но и косвенно отражать адаптационные возможности пациента, а также конструктивность и адекватность механизмов психологической адаптации.

**Заключение.** Таким образом, в проведенном исследовании была выявлена взаимосвязь между когнитивными дисфункциями и механизмами психологической адаптации. Удалось получить убедительные данные, свидетельствующие о том, что нарушения когнитивной сферы, наблюдаемые при шизотипическом расстройстве, достоверно значимо связаны с использованием этими пациентами дезадаптивных механизмов психологической адаптации.

В частности, для данной группы больных было характерно использование интрапсихической и интерпсихической направленности личного реагирования на болезнь, обуславливающей нарушения социальной адаптации. Эмоционально-аффективная сфера отношений к своему заболеванию проявлялась в дезадаптивном поведении: реакция по типу раздражительной слабо-

**Таблица 4. Показатели взаимосвязи результатов выполнения теста таблицы Равена, субтеста кубики Коса и механизмами психологической адаптации больных шизотипическим расстройством (F-21 по МКБ-10)**

Методики для оценки мыслительной деятельности	Механизмы психологической адаптации	Корреляция	Уровень достоверности Р
Уровень интеллекта	Тип отношения к болезни		
	Эгоцентрический	-0,53	0,00
	Паранойяльный	-0,36	0,03
	Копинг-стратегии		
	Конфронтация	-0,43	0,00
Таблицы Равенна, время выполнения	Принятие ответственности	0,47	0,00
Кубики Коса, шкальная оценка	МПЗ Проекция	-0,48	0,00

**Таблица 5. Взаимосвязь результатов выполнения теста «Сложная Фигура Рея-Остеррита» с механизмами психологической адаптации у больных шизотипическим расстройством (F-21 по МКБ-10)**

Показатели «сложной фигуры Рея-Остеррита»	Механизмы психологической адаптации	Корреляция	Уровень достоверности Р
Время при копировании (сек.)	Тип отношения к болезни		
	Эгоцентрический	0,37	0,02
	Паранойяльный	0,33	0,04
	Дисфорический	0,34	0,04
Балл при копировании	Ипохондрический	-0,42	0,00
	Неврастенический	-0,4	0,01
	Эгоцентрический	-0,47	0,00
	Паранойяльный	-0,45	0,00
	Механизм психологической защиты		
	Интеллектуализация	0,37	0,02
Время при непосредственном воспроизведении (сек.)	Замещение	-0,34	0,04
	Копинг-стратегия		
	Бегство-избегание	-0,36	0,02
Балл при непосредственном воспроизведении	Конфронтация	-0,46	0,00
	Принятие ответственности	0,33	0,04
	Тип отношения к болезни		
	Паранойяльный	-0,39	0,01
	Механизмы психологической защиты		
	Проекция	-0,38	0,01
Время при отсроченном воспроизведении (сек.)	Регрессия	0,33	0,04
	Компенсация	-0,47	0,00
	Копинг-стратегии		
	Самоконтроль	-0,37	0,02
Балл при отсроченном воспроизведении	Положительная переоценка	0,34	0,04
	Тип отношения к болезни		
	Паранойяльный	-0,35	0,03
	Механизмы психологической защиты		
Проекция	-0,41	0,01	

сти, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходе» в болезнь, отказе от борьбы — «капитуляции» перед заболеванием и т.п. Больные стеснялись своего заболевания перед окружающими, стремились «использовать» его для достижения определенных целей, пытались строить параноидального характера концепции относительно причин своего психического расстройства и его хронического течения, часто проявляли гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняли окружающих в своем недуге. У испытуемых преобладало использование таких МПЗ, как «реактивные образования», «вытеснение», «проекция», «замещение», «интеллектуализация», «регрессия». При этом механизм «вытеснение» был тесно связан со снижением мнестической деятельности, с памятью. Испытуемые стремились к интеллектуальной переработке ситуации болезни, что приводило их к эффекту «умственной жвачки», непродуктивности, «застреванию» на своих болезненных переживаниях. Пациенты пытались уйти от решения проблем, связывали причины своих затруднений с другими людьми. В поведении испытуемые стремились дистанцироваться, вступали в частые споры, не шли на сотрудничество, в некоторых случаях пытались найти положитель-

ные для себя стороны сложившейся ситуации, использовать её в своих интересах.

Следует отметить, что нарушения когнитивной сферы (в частности — нарушения мышления) парадоксальным образом связаны с такой продуктивной копинг-стратегией, как «принятие ответственности», которая преобладает в репертуаре адаптации здоровых людей. Можно предположить, что конструктивная копинг-стратегия «принятие ответственности», выбираемая в процессе психологического обследования больными, страдающими шизотипическим расстройством, в значительной степени определяется имеющейся у них когнитивной недостаточностью и обусловленной этим обстоятельством неспособностью адекватно оценить стрессовую ситуацию и степень своих возможностей по совладанию с ней, что подтверждает ранее описанные результаты в работе Е.Р. Исаевой (1999 г. стр. 123). Отмеченное сходство адаптационных психологических механизмов у больных шизотипическим расстройством и страдающих шизофренией позволяет считать, что эти разные по своим клиническим характеристикам состояния относятся, тем не менее, к общему кругу заболеваний, относимых к расстройствам шизофренического спектра.

### Литература

1. Богомолов А.М. Личностный адаптационный потенциал в контексте системного анализа // Психологическая наука и образование. — 2008. — №1. — С. 67-73.
2. Вассерман Л.И., Ерышев О. Ф., Клубова Е.Б., Петрова Н.Н., Беспалько И.Г., Березин 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. — СПб: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 1998. — 34 с.
3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелков О.Ю., Новожилова М.Ю., Вукс А.Я. Методичка для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для личности ситуациями. Пособие для врачей и медицинских психологов. — СПб: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2009. — 40 с.
4. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. — СПб: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2005. — 31 с.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Нейрокогнитивный дефицит у больных шизофренией. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2012. — Т.4. — С.75-78. DOI:10.14412/2074-2711-2012-2514
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. — М.: ИД Медпрактика. — 2007. — 492 с.
7. Добряк С.Ю. Динамика психологической адаптации курсантов на первом и втором году обучения в военном вузе: дис. канд. психол. наук. — СПб. — 2004. — С. 202.
8. Иванов М.В., Незнамов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. — СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева. — 2008. — 288 с.
9. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. — СПб.: Изд-во СПбГМУ. — 2009. — 136 с.
10. Коновалова Н.Л. Предупреждение нарушений в развитии личности при психологическом сопровождении школьников. — СПб. — 2000. — С. 232.
11. Коцюбинский А. П. и соавт. Аутохтонные непсихотические расстройства/ под ред. А.П. Коцюбинского. — Санкт — Петербург: СпецЛит. — 2015. — 495 с.
12. Коцюбинский А. П. и соавт. Шизофрения.: уязвимость-диатез-стресс-заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова [и др.]. — СПб.: Гиппократ+. — 2004. — 336 с.
13. 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.
14. Левикова Е.В. Социальная компетентность больных шизофренией подростков. Часть 1 [электронный ресурс] / Е.В. Левикова // Психологические исследования: электрон. науч. журн.-2010.- №2(10).- Режим доступа: <http://psystudy.ru/index.php/num/2010n2-10.html>;

15. Леонтьев Д.А. и соавт. Личностный потенциал: структура и диагностика под ред. Д.А. Леонтьева. — М., Смысл. — 2011. — 675 с.
16. Подвигин С.Н. Значение психосоматических аспектов в свете современных представлений об этиологии и патогенезе шизофрении / С.Н. Подвигин, Д.Л. Шаповалов, А.И. Митряшин // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии: материалы 11 межрегиональной науч.-практ. конф. — Воронеж. — 2010. — С. 202-217.
17. Посохова С.Т. Настольная книга практического психолога. — М.: АСТ. — 2008. — С. 671.
18. Романенко Р.Н. Динамика распространенности аддиктивного поведения как стратегии совладания с дистрессом, обусловленным негативной симптоматикой, в продроме первичного эпизода шизофрении / Р.Н. Романенко, О.Ю. Ширяев, М.А. Железняков // Прикладные информационные аспекты медицины. — 2008. — Т.11. — С.109-119.
19. Самохвалов В.П. Психиатрия: Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов / В.П. Самохвалов. — М. — 2002. — 326 с.
20. Скороходова Т.Ф. Психотерапия в базовой психиатрической помощи / Т.Ф. Скороходова, Е.М. Рейзман, С.А. Рожков // Реабилитация в психиатрии: (клинические и социальные аспекты). — Томск. — 1998. — С. 174-175.
21. Степанова А. В. Сравнительный анализ особенностей психологической адаптации у больных шизотипическим расстройством и параноидной шизофренией // Ученые записки СПбМУ им. Акад. И.П. Павлова. — 2015. — Т. 22. — № 1.
22. 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.
23. Ханья А. В. Психологическая адаптация к болезни пациентов с первыми приступами шизофрении: диссертация кандидата психологических наук. — Санкт-Петербург. — 2014. — 192 с.

## References

1. Bogomolov A.M. Lichnostnyj adaptacionnyj potencial v kontekste sistemnogo analiza // Psihologicheskaya nauka i obrazovanie. — 2008. — №1. — S. 67-73.
2. Vasserman L.I., Eryshev O. F., Klubova E.B., Petrova N.N., Bepal'ko I.G., Berebin M.A., Saveleva M.I., Taukenova L.M., SHtrahova A.V., psihologi: Aristova T.A., Osadchij I.M.. Psihologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya. Posobie dlya vrachej i psihologov — S-Pb: Izd-vo NIPNI im. V.M. Bekhtereva. — 1998. — 34 s.
3. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Isaeva E.R., Trifonova E.A., SHCHelkov O.YU., Novozhilova M.YU., Vuks A.YA. Metodichka dlya psihologicheskoy diagnostiki sposobov sovladaniya so stressom i problemnymi dlya lichnosti situacijami. Posobie dlya vrachej i medicinskih psihologov — S-Pb: Izd-vo NIPNI im. V.M. Bekhtereva. — 2009. — 40 s.
4. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.H.B., Vuks A.YA.. Psihologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni. Posobie dlya vrachej. — S-Pb: Izd-vo NIPNI im. V.M. Bekhtereva. — 2005. — 31 s.
5. Gurovich I.YA., SHmukler A.B., Zajceva YU.S. Nejrokognitivnyj deficit u bol'nyh shizofreniej. Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika. — 2012. — Vol.4. — S.75-78. DOI:10.14412/2074-2711-2012-2514
6. Gurovich I.YA., SHmukler A.B., Storozhakova YA.A. Psihosocial'naya terapiya i psihosocial'naya rehabilitaciya v psihiatrii. — М.: ID Medpraktika/ — 2007. — 492 s.
7. Dobryak S.YU. Dinamika psihologicheskoy adaptacii kursantov na pervom i vtorom godu obucheniya v voennom vuze: dis. kand. psihol. Nauk. — SPb. — 2004. — S. 202.
8. Ivanov M.V., Neznanov N.G. Negativnye i kognitivnye rasstrojstva pri ehndogennyh psihozah: diagnostika, klinika, terapiya. — SPb.: NIPNI im. V.M. Bekhtereva. — 2008. — 288 s.
9. Isaeva E.R. Koping-povedenie i psihologicheskaya zashchita lichnosti v usloviyah zdorov'ya i bolezni. — SPb.: Izd-vo SPbGMU. — 2009. — 136 s.
10. Konovalova N.L. Preduprezhdenie narushenij v razvitii lichnosti pri psihologicheskom soprovozhdenii shkol'nikov. — SPb. — 2000. — S. 232.
11. Kocyubinskij A. P. i soavt. Autohtonnye nepsihoticheskie rasstrojstva/ pod red. A.P. Kocyubinskogo. — Sankt — Peterburg: SpecLit. — 2015. — 495 s.
12. Kocyubinskij A.P. i soavt. SHizofreniya.: uyazvимость-diatez-stress-zabolevanie / A.P. Kocyubinskij, A.I. Skorik, I.O. Aksenova [i dr.].- SPb., Gipokrat+. — 2004. — 336 s.
13. 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.
14. Levikova E.V. Social'naya kompetentnost' bol'nyh shizofreniej podrostkov. CHast' I[ehlektronnyj resurs]/ E.V. Levikova// Psihologicheskije issledovaniya: ehlektron. nauch. zhurn. — 2010. — №2.- Rezhim dostupa: <http://psystudy.ru/index.php/num/2010n2-10.html>;
15. Leont'ev D.A. i soavt. Lichnostnyj potencial: struktura i diagnostika pod red. D.A. Leont'eva. — М., Smysl. — 2011. — 675 s.
16. Podvigin S.N. Znachenie psihosomaticheskikh aspektov v svete sovremennyh predstavlenij ob etiolologii i patogeneze shizofrenii/ S.N. Podvigin, D.L. SHapovalov, A.I. Mitryashin// Aktual'nye voprosy psihiatrii, narkologii, psihoterapii i medicinskoj psihologii: materialy 11 mezhhregional'noj nauch.-prakt. konf. — Voronezh. — 2010. — S. 202-217.

17. Posohova S.T. *Nastol'naya kniga prakticheskogo psihologa*. — М., AST. — 2008. — S. 671.
18. Romanenko R.N. *Dinamika rasprostranennosti addiktivnogo povedeniya kak strategii sovladaniya s distressom, obuslovlennym negativnoj simptomatikoj, v prodrome pervichnogo ehpizoda shizofrenii* / R.N. Romanenko, O.YU. SHiryaev, M.A. ZHeleznyakov // *Prikladnye informacionnye aspekty mediciny*. — 2008. — T.11. — S. 109-119.
19. Samohvalov V.P. *Psihiatriya: Uchebnoe posobie dlya studentov medicinskih VUZov/V.P. Samohvalov*. — М. — 2002. — 326s.
20. Skorohodova T.F. *Psihoterapiya v bazovoj psihiatricheskoy pomoshchi* / T.F. Skorohodova, E.M. Rejzman, S.A. Rozhkov // *Reabilitaciya v psihiatrii: (klinicheskie i social'nye aspekty)*. — Tomsk. — 1998. — S. 174-175.
21. Stepanova A.V. *Sravnitel'nyj analiz osobennostej psihologicheskoy adaptacii u bol'nyh shizotipicheskim rasstrojstvom i paranoidnoj shizofreniej*. // *Uchenye zapiski SPbMU im. Akad. I.P. Pavlova*. — 2015. — T. 22, №1.
22. Stepanova A.V., Isaeva E.R., Kocyubinskiĭ A.P., Lebedeva G.G. *Sravnitel'nyj analiz kognitivnyh disfunkcii u pacientov s paranoidnoĭ shizofreniej i shizotipicheskim rasstrojstvom* // *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva*, — 2014. — № 4. — S. 62-67.
23. Han'ko A.V. *Psihologicheskaya adaptaciya k bolezni pacientov s pervymi pristupami shizofrenii: dissertaciya kandidata psihologicheskikh nauk*. Sankt-Peterburg. — 2014. — 192 s.

#### Сведения об авторах

**Степанова Анна Владимировна** — медицинский психолог отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных НИМЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: stepanu\_81@mail.ru

**Исаева Елена Рудольфовна** — профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии, доктор психологических наук, доцент. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова. E-mail: isajeva@yandex.ru

**Коцюбинский Александр Петрович** — д-р. мед. наук, профессор, гл. науч. сотр., руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных НИМЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: ak369@mail.ru