

УДК 159.9.07

Яничев Д.П.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Гомогенизация групп клинической выборки в психологических исследованиях

Homogenization of the clinical samples' groups in psychological research

Аннотация

В статье рассматриваются и сравниваются различные методы подбора клинического контингента, которые являются актуальными в процессе решения задач проведения психологического исследования. Также рассматриваются возможные способы уменьшения количества возможных артефактов и неточностей, искажающих получаемые данные.

Ключевые слова: патопсихология, клинический контингент, психологическое исследование, гомогенизация экспериментальной группы, нозологический подход, синдромальный подход, «психологический диагноз», фармакотерапия

Abstract

The paper discusses different approaches to homogenization of experimental groups in the clinical samples for the purposes of psychological research. The key phenomena and the effects manifesting in this process are described.

Keywords: pathopsychology, clinical contingent samples, psychological research, homogenization of experimental groups, nosological approach, syndromal approach, "psychological diagnosis", pharmacotherapy

Введение

Современная психологическая наука все больше опирается на использование и интерпретацию экспериментального и эмпирического материала. Это, во многом, обусловлено потребностью психологии утвердить себя в качестве естественнонаучной дисциплины – в противовес подходу к психологии как к гуманитарной или социальной науке, в которой не всегда возможно получение однозначных и научно достоверных данных (Ананьев, 2005; Блейхер, 2006; Andreasen, 2008; Keefe, 2006). Возможно, в связи с этим, наибольшую популярность и востребованность в научном сообществе

получают экспериментальные исследования в рамках нейрокогнитивной психологии.

На актуальность психологических исследований в этом направлении и востребованность их мировой наукой указывает значительно больший удельный вес подобных работ относительно прочих (примерно 38% от всех психологических публикаций, по данным OURSCIENCE.ORG за 2015 год). Также все более распространены и обладающими значительной теоретической и практической значимостью становятся междисциплинарные исследования, объединяющие подходы к проблеме с позиций различных наук. Но при этом, на наш взгляд, остается открытым вопрос разграничения научного поля психологии от смежных наук. В случае психологических исследований клинического контингента актуальным становится разумная дифференциация, например, от медицинской и биологической наук. Именно в контексте решения последней проблемы возникают новые актуальные задачи для патопсихологии.

Медицинская психология, как область психологической науки, имеет определенное отличительное преимущество – возможность проведения нейрокогнитивных исследований не только группы средневыборочной нормы от общей популяции, то есть группы «фактически здоровых» респондентов, но также различных групп клинических контингентов в рамках, поставленных в том или ином исследовании, задач. Такой вклад медицинской психологии в эмпирический багаж знаний о нейрокогнитивном функционировании трудно переоценить, лучше всего для его иллюстрации подходят слова З. Фрейда о том, что «болезнь – самый жестокий, но самый красивый (честный) эксперимент, поставленный самой природой» (Зейгарник, 2012; Зотов М.В. и др., 2009; Keefe, 2006).

В этом контексте перед современной патопсихологией встает несколько относительно новых задач. Если раньше полем ее научной компетенции были исключительно вопросы описания или психологической

интерпретации психопатологических феноменов, аномальные или патологические изменения как следствие болезненных процессов, то теперь немаловажную роль стало играть патопсихологическое сопровождение лабораторных и инструментальных исследований в рамках психофизиологических и нейрокогнитивных исследований. Но, используя данные патопсихологии для изучения нормы, исследователь рискует столкнуться с рядом существенных сложностей, обусловленных спецификой протекания болезненного процесса. Качество экспериментальных и эмпирических данных, полученных в такого рода исследованиях, часто напрямую зависит от возможностей классической патопсихологии в коррекции и предотвращении различных артефактов, способных значительно исказить получаемую первичную информацию (Зейгарник, 1986; Коцюбинский, 2011; Астапов, 1994).

Ниже мы рассмотрим основные проблемы, возникающие в процессе формирования выборки для проведения эксперимента с клиническими контингентами в рамках когнитивной науки, а также возможные пути их решения с помощью инструментария классической патопсихологии. Также представляется немаловажным коснуться вопросов применимости и эффективности использования некоторых методов исследования когнитивной сферы для решения конкретных задач прикладной патопсихологии.

Несмотря на то, что большинство данных трудностей и возможных путей их преодоления являются, так или иначе, известными и даже заранее ожидаемыми, представляется целесообразным акцентировать внимание на некоторых из них в одной работе.

Выбор и гомогенизация клинического контингента

Одной из существенных задач, которую ставит любой ученый-психолог, планируя эксперимент или дизайн эмпирического исследования,

является формирование выборки. Основной проблемой в нашем контексте является максимальная гомогенизация экспериментальной выборки, необходимая для получения статистически достоверных эмпирических данных, которые могут быть распространены на весь изучаемый клинический контингент. В случае с клиническими исследованиями при решении этой задачи есть риск встретиться с серьезными сложностями.

Можно выделить несколько вариантов подхода к формированию клинической выборки.

Нозологический подход

Наиболее простым, но вместе с тем предрасполагающим к появлению наибольшего количества артефактов, способом гомогенизации клинической выборки для патопсихологического исследования является отбор больных в соответствии с медицинским диагнозом по МКБ-10.

К позитивным сторонам данного подхода можно отнести следующие особенности:

- 1) достаточно простые и однозначные критерии отбора испытуемых в группу в соответствии с шифром по МКБ-10;
- 2) возможность, в случае необходимости, сужения и конкретизации клинической выборки на основании анализа дополнительных шифров заболевания (кодов, начиная с третьей или четвертой цифры);
- 3) доступность совместного обсуждения и анализа результатов со специалистами смежных специальностей (психиатров, психотерапевтов, неврологов) в рамках одного научного тезауруса, что может повысить научную значимость (стать вариантом междисциплинарного исследования) и область практического применения полученных знаний.

К сожалению, на этом положительные стороны применения данного подхода к формированию выборки исчерпываются. Представляется необходимым упомянуть целый ряд не всегда легко преодолимых ограничений данного способа формирования клинического контингента.

1) Отбор испытуемых в соответствии с диагнозом по МКБ-10 предполагает полную зависимость от экспертной оценки специалистов смежной специальности (психиатров, психотерапевтов). Для исследователя-психолога, который не может являться экспертом и не формулирует психиатрический диагноз, это значительно затрудняет обоснование включения или исключения отдельных испытуемых в экспериментальную выборку. Подобные затруднения могут решаться за счет добавления дополнительных, исключительно психологических или социальных критериев отбора испытуемых для исследования. Однако чрезмерное увеличение количества подобных «дополнительных» требований может легко привести к серьезному снижению репрезентативности выборки для исследуемого клинического контингента и подчас затруднить даже для самого исследователя границы применимости результатов исследования.

2) Достаточно важная особенность применения данного способа, которую иногда упускают из виду, заключается в том, что динамика и пути развития теории психиатрической науки в рамках медицины схожи, но не тождественны развитию теорий медицинской психологии.

Особенно ярко это проявляется в изменениях содержательной составляющей тех или иных психиатрических диагнозов, что иногда может приводить к невозможности адекватного подбора экспериментальной группы клинического контингента, опираясь исключительно на выставленные врачами психиатрические диагнозы, или, как минимум, значительно затрудняет данный процесс.

Для иллюстрации данного тезиса можно рассмотреть ситуацию с нервно-психическим расстройством «истерия». Достаточно большое количество классических исследований в рамках медицинской психологии посвящено анализу случаев данного расстройства: они занимают важное место в клинической составляющей теории классического психоанализа З. Фрейда, к ее анализу обращались ученые-бихевиористы и рефлексологи

(Дж. Уотсон, И.П. Павлов). Анализ случаев истерии описан классиком когнитивно-поведенческого подхода А. Бандурой, ее изучению достаточно много времени посвятили В.М. Бехтерев и Л.С. Выготский. Но исследования случаев истерии в рамках современной науки затруднено по формальным признакам исчезновения данного заболевания из МКБ-10 и некоторых национальных классификаций (DSM-4).

Исключение данного расстройства из классификаций болезней объясняется двумя причинами. Формально изменение диагноза на «гистрионное расстройство личности» в DSM-4 объясняется этическими аргументами, считается что термин «истерия» несет в себе выраженный гендерный оттенок, предубеждения по отношению к женщинам. Вторая группа причин связана с «исчезновением» самого заболевания, точнее пациентов с отчетливо выраженными признаками классического истерического синдрома. На протяжении XX века патоморфоз истерии привел к тому, что практически исчезли яркие отличительные черты данного заболевания – грубые истерические психозы (истерическая глухота, слепота, парезы, истерическая псевдодеменция) крайне редко стали встречаться в практике и сохранились только в описаниях классических клинических случаев начала XX века.

В результате истерию стали крайне редко выделять как отдельную нозологическую единицу и в рамках МКБ-10 случаи, схожие с «истерией», описанной З. Фрейдом или А. Адлером, сейчас должны быть отнесены к группе «шизофрении». А это прямо противоречит теоретическим положениям классиков, на которые опираются целые разделы современной медицинской психологии.

Стоит отметить, что в настоящий момент сложилась еще более сложная ситуация, так как в последние 10 лет стало отмечаться возвращение истерических психозов в их классическом понимании, как правило, в виде явлений «биографической амнезии». Данное явление делает изучение этого,

формально отсутствующего, с точки зрения психиатрии, заболевания достаточно актуальным, особенно для целей психокоррекционного воздействия (Донченко, 2010; Карвасарский, 2011; МКБ-10, 1998; DSM-5: Классификация и изменения критериев, 2013).

3) Схожими с проблемой, описанной выше, являются сложности обоснования отбора пациентов в соответствии с МКБ-10 или какой-либо другой национальной классификацией болезней при обсуждении полученных результатов с иностранными коллегами, принадлежащими к другим научным школам. Если раньше подобные трудности носили в основном информативный характер, то есть их нужно было просто иметь в виду, то теперь они могут быть значимым препятствием для международного признания результатов. Так, например, в рамках МКБ-10, а также традиционных отечественных классификаций невротических расстройств, при негативной диагностике неврозов, одним из основных отличительных признаков считается полное отсутствие симптоматики психотического уровня (бред, галлюцинаций, амбулаторных автоматизмов). Однако, для англоязычных школ медицинской психологии и психиатрии, данный критерий является неверным при диагностике расстройств невротического круга, где подобные включения, пусть даже факультативно, могут присутствовать (Бандура, 2000; DSM-5: Классификация и изменения критериев, 2013; МКБ-10, 1998).

Хотя данная проблема в основном проявляется при анализе иностранной литературы (особенно оригинальных источников, не снабженных комментариями переводчиков), представляется необходимым ее указать здесь. Дело в том, что когда исследователи ссылаются на зарубежные работы и сравнивают свои результаты с данными иностранных авторов, то иногда могут упускать из виду, что, по сути, они сравнивают сильно отличающиеся клинические контингенты.

Синдромальный подход

Вторым распространенным способом отбора гомогенной экспериментальной группы для психологического исследования является уход от непосредственно нозологических единиц и ориентировка на преобладающий синдром или симптом. У данного способа есть как ряд преимуществ для психолога-исследователя, так и множество значимых проблем, в сравнении с формированием экспериментальной клинической выборки на основе психиатрического диагноза. К преимуществам можно отнести следующие моменты.

1) Объединение испытуемых на основе наличия синдрома помогает сделать отбор в группу более прицельным. Это полезно в случаях, когда сами границы нозологических единиц изучаемых контингентов являются слишком размытыми или широкими, включают в себя большое количество различных, часто сильно отличающихся в деталях, клинических случаев.

Примером слишком широкой нозологической единицы является классическое, во многом даже эталонное, психическое расстройство – «шизофрения параноидная», независимо от типа ее течения. К слишком размытым нозологическим единицам можно отнести диагноз «шизотипическое расстройство личности». Это особенно важно, поскольку шизотипическое расстройство личности, занимая переходную (пограничную) область между «истинными» шизофрениями и невротическими расстройствами, представляет собой особый интерес для психолога-исследователя, применительно к разработкам возможных форм психокоррекционного воздействия.

Опора же на ведущий синдром позволяет в значительной степени сузить и уточнить конкретные психологические феномены и патопсихологические механизмы в соответствии с целью исследования.

2) Использование синдромального признака может упростить поиск респондентов для исследования в тех случаях, когда исследуемый феномен

представляет однозначный научный интерес для медицинской психологии, но подбор испытуемых затруднен потому, что нозологическая единица является редко используемой в психиатрической науке. Как правило, это относится к сравнительно недавно выделенным отдельным заболеваниям (нервная анорексия, булемия) или к заболеваниям, нозологическое положение и признание которых не является однозначным или определенным, вызывает споры в медицинской и смежных науках (болезнь Туретта, истерия) (Блейхер, 2006; Коцюбинский, 2001; Холмс, 2003).

3) При синдромальном методе формирования экспериментальной группы сохраняется важное преимущество нозологического подхода – возможность прямого соотнесения и применения полученных психологических данных с данными смежных медицинских наук.

Ограничения, возникающие при использовании данного подхода, во многом, исходят из основных преимуществ его применения.

1) Психолог-исследователь при применении метода снова оказывается в зависимости от экспертной оценки врачей-психиатров, поскольку выделение синдрома целиком лежит в поле их компетенции.

2) Иногда, особенно при исследовании психологических феноменов и механизмов психических расстройств, менее распространенных и нозологически неопределенных, но интересных с научной точки зрения, проявляется тенденция к концентрации внимания на интересующем синдроме в отрыве от сопутствующих проявлений заболевания или даже игнорируются (или просто упускаются из виду) причинно-следственные связи формирования исследуемых синдромов.

В качестве примера можно рассмотреть исследования психологических особенностей личности при анорексии. Болезнь с психиатрическим диагнозом «нервная анорексия», который часто и выступает декларируемой целью исследования, является достаточно редкой, что затрудняет подбор репрезентативной группы испытуемых. В связи с этим, клиническая

экспериментальная группа может сформироваться с опорой на наличие аноректического синдрома. Без должного внимания исследователя такой способ формирования выборки может привести к тому, что в клиническую группу войдут как больные именно нервной анорексией, так и больные бредовыми расстройствами, у которых отказ от еды является вторичным по отношению к страху отравления. При этом причины бредового расстройства могут быть как эндогенными, так и экзогенными, а в редких случаях в подобной выборке могут оказаться респонденты с соматической патологией. Психические расстройства таких пациентов ограничиваются невротическими нозогенными реакциями на болезнь, которая опосредованно ведет к снижению аппетита, вплоть до отказа от еды, то есть аноректический синдром в данном случае только рудиментарно включается в поле психологических переживаний. Очевидно, что в такой гетерогенной экспериментальной группе вряд ли возможно получить достоверные и обобщенные данные, позволяющие описать психологическое функционирование при нервной анорексии.

По совокупности вышеперечисленных плюсов и ограничений данного подхода можно заключить, что его стоит применять только в случаях, когда невозможно подобрать клинический контингент другими способами, при этом учитывая погрешность в уровне гомогенности группы. Применение же его с учетом дополнительных корректирующих факторов сведет его либо к варианту группировки по нозологическому диагнозу, либо к описанному ниже варианту ориентировки на «психологический диагноз» (Кудрявцев, 1989; Блейхер, 2006; Психотерапевтическая энциклопедия, 2009).

Ориентация на психологический диагноз

Третий, наименее распространенный вариант отбора клинического контингента для экспериментального исследования – это ориентация на «психологический диагноз» или психологический симптомокомплекс.

Основными преимуществами данного способа можно считать следующие позиции (Коцюбинский, 2011; Кудрявцев, 1989; Мамайчук, 2000).

1) Психолог-исследователь может выступать в качестве основного эксперта, что является, на наш взгляд, главным достоинством данного подхода. Постановка «психологического диагноза» полностью находится в поле компетентности клинического психолога, что если не значительно упрощает, то, как минимум, делает процесс подбора экспериментальной группы более свободным, а также позволяет избежать разногласий с представителями смежных специальностей в процессе анализа тех или иных психических проявлений.

2) Использование метода «психологического диагноза» позволяет создать более гомогенную группу испытуемых в отношении именно тех психических процессов и проявлений, которые являются целью исследования.

3) Появляется возможность исходно применять терминологию медицинской психологии, что позволяет избежать нередких затруднений в «переводе», зачастую возникающих при сопоставлении психологических терминов с актуальной терминологией психиатрической науки. Это является особенно важным при использовании иностранных источников, а также в тех случаях, когда исследуемый феномен в психологической науке не успел претерпеть изменений и метаморфоз, происшедших в рамках психиатрии. В качестве примера можно привести упомянутые выше исследования психологических феноменов при «истерии» или термин «невроз» в его классическом смысле, сохранившийся в клинической психологии, но несколько измененный в рамках МКБ-10.

Если говорить о возможных трудностях применения данного метода, то они заключаются в следующих моментах.

1) Перечни «психологических диагнозов» и выделяемых симптомокомплексов достаточно сильно отличаются у отдельных авторов,

при этом различия иногда имеют принципиальный характер. Из этого следует необходимость не только в точном указании используемых классификаций, но также в объяснении причин, по которым была выбрана одна, а не другая из них.

2) Затруднение, достаточно схожее с первым, но все же несколько отличное от него. При описании изучаемых феноменов исследователь сразу начинает оперировать психологической терминологией, которая может отличаться от терминологии смежных наук. К сожалению, в настоящий момент в психологии существует целый ряд различных терминов для описания одних и тех же феноменов разными авторами в традициях разных школ психологии, точно так же, как одинаковыми терминами разные ученые иногда определяют разные феномены. Проблемы малой стандартизации психологического тезауруса усугубляются тем, что под некоторыми психологическими терминами понимаются несколько иные понятия в смежных науках, что затрудняет междисциплинарный подход. В качестве примера можно привести феномен «аморфности мыслительного процесса» в патопсихологии в сравнении с понятием «аморфности мышления» в психиатрической науке. Примечательно, что некоторые школы психиатрии, например, Санкт-Петербургская, вовсе отказывают ему в праве на существование. Исследователям приходится прилагать определенные усилия для объяснения содержательного компонента применяемых терминов, дабы избежать путаницы в презентации полученных знаний (Астапов, 1994; Блейхер, 2006; Личко, 2010; Снежневский, 2011; Теплов, 2006).

3) Экспериментатор должен быть уверен в адекватности и корректности «психологического диагноза», на основе которого формируется клиническая группа. В связи с этим, желательно проведение первичного патопсихологического обследования для решения вопроса о включении или исключении испытуемого из экспериментальной группы. Такое первичное обследование может представлять собой отдельное исследование и

значительно повышать трудоемкость решения основной задачи, но его отсутствие в значительной мере снижает уверенность в адекватности выборки исследования.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что метод подбора экспериментальной группы путем ориентировки на «психологический диагноз» (симптомокомплекс) является наиболее перспективным с точки зрения формирования гомогенной выборки для решения поставленных задач изучения конкретной психологической характеристики или феномена. Вместе с тем, его широкое использование и применение требует дополнительных усилий со стороны экспериментатора в направлении стандартизации используемых «психологических диагнозов», а также тщательного изучения литературы на предмет совпадений или противоречий в применяемой терминологии и использования двойной трактовки определений.

Фармакотерапия и особенности клинической выборки в рамках психологических исследований

Немаловажный аспект, который также представляется необходимым отразить, касается влияния активной фармакотерапии и актуального фона настроения испытуемых на особенности их нейродинамики в рамках когнитивных экспериментов на клинической выборке (Andreasen, 2008; Keefe, 2006; Кудрявцев, 1989).

Практически все исследователи отмечают, что применение фармакотерапии оказывает выраженное влияние на результаты оценки нейродинамики исследуемых клинических групп, но во многих случаях учет данного факта сводится к декларации его наличия. В то же время наличие этого влияния создает большое количество погрешностей при интерпретации результатов психологических исследований.

В большинстве пособий и учебников по патопсихологии указывается на необходимость исследования клинического контингента в состоянии ремиссии, то есть без выраженной болезненной симптоматики, а также в периоды отсутствия активной лекарственной терапии. Если первое условие выполнить возможно, то реализация второго обычно представляет сложности, так как большинство психических расстройств являются хроническими и требуют постоянной фармакотерапии.

Таким образом, исследователю необходимо учитывать влияние не только самого заболевания, но и воздействие на испытуемого принимаемых лекарств. Следовательно, необходимо при интерпретации результатов учитывать погрешность, связанную с побочными эффектами применения фармакотерапии. В качестве примера можно предполагать, что у испытуемых при активной терапии бензодиазепинами показатели памяти и внимания будут несколько ниже, чем у статистической выборки, репрезентативной для общей популяции. То же самое верно и для больных, систематически принимающих поддерживающую терапию типичными нейролептиками (Strip, 2006), и это снижение соответствующих когнитивных процессов будет только опосредованно связано с особенностями их психического заболевания.

Сходной является ситуация, когда на результаты когнитивного функционирования влияет актуальный фон настроения – субдепрессивные, а особенно смешанные аффективные состояния больных могут оказывать значительное влияние на результаты исследования, полученные на соответствующей выборке, но быть не настолько клинически значимыми, чтобы находить отражение в медицинском диагнозе испытуемых.

Для решения и минимизации воздействия данных факторов целесообразно подбирать экспериментальную группу клинического контингента, ориентируясь на гомогенность не только по психическим расстройствам, но также по применяемой терапии. Кроме этого, следует

проводить дополнительное скрининговое патопсихологическое исследование для уточнения актуального эмоционального и психического статуса будущего испытуемого.

Заключение

Очевидно, что рассмотренные выше особенности формирования клинической выборки для проведения психологических исследований не являются ранее неизвестной информацией, а на практике учет всех аспектов значительно затрудняет подготовительный этап проведения эксперимента или сбора эмпирического материала. Однако игнорирование исследователем возможных артефактов, обусловленных некорректным формированием клинической выборки, нивелирует результаты психологического исследования, использующего «потенциал болезни» для изучения нормы.

Список использованных источников

- Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. СПб., Прогресс-Инфа, 2005.
- Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. М., 1994.
- Бандура А. Теория социального научения. СПб., 2000.
- Блейхер В.М. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. 2-е изд., испр. и доп. М., Воронеж, 2006.
- Донченко Е.А. Личность: конфликт, гармония. СПб., 2010.
- Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., Изд-во МГУ, 1986.
- Зейгарник Б.В. Теории личности в зарубежной психологии. М., 2012.
- Зотов М.В., Шостак В.И., Петрукович В.М. Физиологические показатели устойчивости человека к воздействию информационного стресса. СПб., Вестник СПбГУ, 2009. Сер. 12. Вып. 4. С. 258-264.
- Карвасарский Б.Д. Неврозы (изд. 3, переработанное). М., 2011.
- Коцюбинский А.П. Психопатологический диатез (предвестники психических заболеваний) / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина. СПб., СПбНИПНИ им. М. Бехтерева, 2011.
- Кудрявцев И.А. Патопсихологические симптомокомплексы нарушений познавательной деятельности при психических заболеваниях: факторная структура и

- диагностическая информативность / И.А. Кудрявцев, Ф.С. Сафуанов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1989. Вып. 6. С. 86-92.
- Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. М., 2010.
- Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. СПб., Изд-во СПбГУ, 2000.
- МКБ-10 / Под ред. Ю.Л. Нуллер, С.Ю. Циркина. М., 1998.
- Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2009.
- Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Том 2. М., 2011.
- Теплов Б.М. Проблемы индивидуальных различий. М., Веста, 2006.
- Холмс Д. Анормальная психология. СПб., 2003.
- DSM-5: Классификация и изменения критериев / D.A. Regier, E.A. Kuhl, D.J. Kupher / Пер. Павличенко А.В.// Всемирная психиатрия. Журнал ВПА. Том 12, № 2, 2013.
- Andreasen N.C. Theory of Mind and Schizophrenia: A Positron Emission Tomography Study of Medication-Free Patients / N.C. Andreasen, C.A. Calage, D.S. O'Leary // Schizophrenia Bulletin. 2008. Vol. 34. No. 4. Pp. 708-719.
- Keefe R. Neurocognitive Impairments / R. Keefe, C.E. Eesley // The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia / Ed. by J.A. Lieberman, T.S. Stroup, D.O. Perkins. VA, American Psychiatric Publishing, 2006. Pp. 245-260.
- Strip E. Cognition, schizophrenia and the effect of antipsychotics // Ecephale. 2006. 32 (3 Pt 1). Pp. 341-350.

References

- Anan'ev B.G. Chelovek kak predmet poznaniia [Man as an object of knowledge]. St. Petersburg, Progress-Infra Publ., 2005. (In Russian)
- Astapov V.M. Vvedenie v defektologiiu s osnovami neuro- i patopsikhologii [Introduction to the basics of neuro - and pathopsychology]. Moscow, 1994. (In Russian)
- Bandura A. Teoriia sotsial'nogo naucheniia [Social learning theory]. St. Petersburg, 2000. (In Russian)
- Bleikher V.M. Klinicheskaia patopsikhologiya: Rukovodstvo dlia vrachei i klinicheskikh psikhologov [Clinical psychopathology: a guide for doctors and clinical psychologists] / V.M. Bleikher, I.V. Kruk, S.N. Bokov. 2-e izd., ispr. i dop. Moscow, Voronezh, 2006. (In Russian)
- Donchenko E.A. Lichnost': konflikt, garmoniia [Personality: conflict, harmony]. St. Petersburg, 2010. (In Russian)
- Zeigarnik B.V. Patopsikhologiya [Pathopsychology]. Moscow, MSU Publ., 1986. (In Russian)
- Zeigarnik B.V. Teorii lichnosti v zarubezhnoi psikhologii [Theories of personality in foreign psychology]. Moscow, 2012. (In Russian)
- Zotov M.V., Shostak V.I., Petrukovich V.M. Fiziologicheskie pokazateli ustoichivosti cheloveka k vozdeistviu informatsionnogo stressa [Physiological parameters of human resistance to the effects of informational stress]. St. Petersburg, Vestnik SPbSU, 2009. Series 12. Is. 4. Pp. 258-264. (In Russian)
- Karvasarskii B.D. Nevrozy (izd. 3, pererabotannoe) [Neurosis]. Moscow, 2011. (In Russian)

- Kotsiubinskii A.P. Psikhopatologicheskii diatez (predvestniki psikhicheskikh zabolevani) [Psychopathological diathesis (precursors of mental illness)] / A.P. Kotsiubinskii, N.S. Sheinina. St. Petersburg, SPbNIPNI im. M. Bekhtereva, 2011. (In Russian)
- Kudriavtsev I.A. Patopsikhologicheskie simptomokompleksy narusheni poznatel'noi deiatel'nosti pri psikhicheskikh zabolevaniakh: faktornaia struktura i diagnosticheskaia informativnost' [Pathopsychological symptom of disorders of cognitive activity in mental illness: the factor structure and diagnostic informativeness] / I.A. Kudriavtsev, F.S. Safuanov // Zhurnal nevropatologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova, 1989. Is. 6. Pp. 86-92. (In Russian)
- Lichko A.E. Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov [Psychopathy and accentuation of character in adolescents]. Moscow, 2010. (In Russian)
- Mamaichuk I.I. Psikhologiya dizontogeneza i osnovy psikhokorreksii [Psychology of dysontogenesis and the foundations of psychotherapy]. St. Petersburg, SPbSU Publ., 2000. (In Russian)
- MKB-10 [ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)] / Pod red. Iu.L. Nuller, S.Iu. Tsirkina. Moscow, 1998. (In Russian)
- Psikhoterapevticheskaia entsiklopediia [The psychotherapeutic encyclopedia] / Pod red. B.D. Karvasarskogo. St. Petersburg, 2009. (In Russian)
- Snezhnevskii A.V. Rukovodstvo po psikhiiatrii [A guide to psychiatry]. Vol. 2. Moscow, 2011. (In Russian)
- Teplov B.M. Problemy individual'nykh razlichii [Problems of individual differences]. Moscow, Vesta Publ., 2006. (In Russian)
- Kholms D. Anormal'naia psikhologiya [Abnormal psychology]. St. Petersburg, 2003. (In Russian)
- DSM-5: Klassifikatsiia i izmeneniia kriteriev [DSM-5: Classification and modify the criteria] / D.A. Regier, E.A. Kuhl, D.J. Kupher / Per. Pavlichenko A.V. // Vsemirnaia psikhiiatriia. Zhurnal VPA. Vol. 12, No. 2, 2013. (In Russian)
- Andreasen N.C. Theory of Mind and Schizophrenia: A Positron Emission Tomography Study of Medication-Free Patients / N.C. Andreasen, C.A. Calage, D.S. O'Leary // Schizophrenia Bulletin. 2008. Vol. 34. No. 4. Pp. 708-719.
- Keefe R. Neurocognitive Impairments / R. Keefe, C.E. Easley // The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia / Ed. by J.A. Lieberman, T.S. Stroup, D.O. Perkins. VA, American Psychiatric Publishing, 2006. Pp. 245-260.
- Strip E. Cognition, schizophrenia and the effect of antipsychotics // Ecephale. 2006. 32 (3 Pt 1). Pp. 341-350.