

Куликова Ольга Сергеевна

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ  
БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ  
НА ИНИЦИАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

19.00.04. – Медицинская психология

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург

2015

Диссертация выполнена в Санкт-Петербургском государственном университете.

- Научный руководитель:** доктор медицинских наук, профессор  
**Овчинников Борис Владимирович**,  
начальник НИЛ профессионального психического здо-  
ровья, НИО медико-психологического  
сопровождения Научно-исследовательского центра  
Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова
- Официальные оппоненты:** доктор психологических наук, доцент  
**Исаева Елена Рудольфовна**,  
заведующая кафедрой общей и клинической  
психологии ГБОУ ВПО «Первый Санкт-  
Петербургский государственный медицинский  
университет им. академика И.П. Павлова»
- доктор медицинских наук, профессор  
**Снедков Евгений Владимирович**, врач-психиатр  
СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница святого  
Николая Чудотворца»
- Ведущая организация:** ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт  
усовершенствования врачей-экспертов»

Защита состоится « **17** » **февраля 2016 г.** в **14:00** часов на заседании совета Д 212.232.22 при Санкт-Петербургском государственном университете по адресу: 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д.6, ауд. 227, факультет психологии.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке им. М. Горького Санкт-Петербургского государственного университета по адресу: Университетская наб., д.7/9 и на сайте [www.spbu.ru](http://www.spbu.ru).

Автореферат разослан « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2015 г.

Ученый секретарь диссертационного совета  
Д 2123.232.22



**А. В. Трусова**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования.** В условиях значительных достижений психиатрии и психофармакологии в области медикаментозного лечения психотической патологии стала особенно очевидной недостаточность простого нивелирования продуктивной психотической симптоматики для достижения удовлетворительной социальной адаптации пациентов, страдающих параноидной шизофренией. В поисках путей решения данной проблемы продуктивным оказался отказ от примата биологической модели психических расстройств и разработка комплексного биопсихосоциального подхода к лечению нервно-психических заболеваний (Peris С.А., 2002; Вид В.Д., 2008). Однако, если на теоретическом уровне обоснованность объединения в едином комплексе лечебных мероприятий биологических, психологических (психокоррекционных) и социальных воздействий не вызывает возражений, то внедрение биопсихосоциальной модели лечебного процесса в практику лечебных учреждений пока встречает затруднения и не приносит желаемых результатов. В частности, используемые в больничных условиях реабилитационные (психокоррекционные, социотерапевтические) мероприятия чаще остаются малоэффективными и существенно не влияют на жизнедеятельность больных шизофренией. В то же время биологические закономерности развития болезни уже на инициальном этапе заболевания препятствуют сохранению преморбидного уровня социальной адаптации практически каждого конкретного больного: переход на низкоквалифицированный труд или оставление трудовой деятельности и инвалидизация; низкое качество ремиссий и учащение случаев повторного стационарирования в психиатрическую больницу. При этом отметим, что немалая часть таких госпитализаций обусловлена, в числе прочих (связанных с биологическим лечением) причин, именно трудностями социальной адаптации в семье, в трудовом или учебном коллективе.

Необходимо учитывать и данные ряда авторов о преморбидной когнитивной измененности больных шизофренией (Isohanni M. et al, 2000; Isohanni M. et al, 2001; Савина Т.Д. с соавт., 2001; Sørensen Н.Ј. et al, 2010), которая повышает уязвимость индивида к стрессовым воздействиям, снижает его адаптационные возможности и может рассматриваться в качестве предрасположенности к психическому заболеванию (Коцюбинский А.П. с соавт., 2004; Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 2011). Поэтому очевидно, что возможно более раннее начало реабилитационных (в том числе, психокоррекционных) мероприятий позволяет апеллировать к тем относительно сохранным на начальном этапе заболевания личностным ресурсам, которые определяют последующую социальную адаптацию пациентов.

**Степень разработанности проблемы.** Учитывая центральную роль мыслительных и мотивационных нарушений в структуре шизофренического (диссоциативного) патопсихологического симптомокомплекса (Кудрявцев И.А., 1982; Кудрявцев И.А., Сафуанов Ф.С., 1989;

Сафуанов Ф.С., 2005), многие авторы говорят об определяющем влиянии данных нарушений на степень социальной дезадаптации больных шизофренией (Аведисова А.С., Вериги Н.Н., 2002; Вид В.Д., 2008; Кобзова М.П., 2012). Характеристики социальной адаптации на инициальном этапе параноидной шизофрении могут быть в значительной степени связаны как с преморбидными особенностями личности, так и с обусловленными болезнью изменениями самоконтроля и регуляции познавательной деятельности.

Преморбидные особенности личности при шизофрении в случае их дисгармоничности и диссоциированности расцениваются в литературе как важнейший компонент уязвимости к болезни (Шейнина Н.С. с соавт., 2008), что предполагает возможность рассмотрения преморбидных личностных особенностей пациентов как одного из факторов социальной адаптации на инициальном этапе параноидной шизофрении.

Несмотря на большое число исследований, посвященных патопсихологии шизофрении (Keefe R., Eesley C.E., 2006; Andreasen N.C. et al., 2008; Leitman D.I. et al., 2008; Pinkham A.E. et al., 2008; Wynn J.K. et al., 2008; Зверева Н.В. с соавт., 2011; Николаенко Н.Н., 2013), влияние специфических когнитивных и личностных нарушений на социальную адаптацию пациентов остается недостаточно изученным. В этом отношении представляют большой интерес изменения когнитивных стилей, связанные с заболеванием и придающие мышлению пациентов большое своеобразие. На основании ряда собственных исследований М.А. Холодная рассматривает когнитивно-стилевые характеристики психически здоровых лиц как компоненты структуры интеллекта, отражающие обобщенные типологические особенности восприятия и мышления и являющиеся индикаторами сформированности процессов регуляции интеллектуальной деятельности (Холодная М.А., 2004). В отношении пациентов, страдающих шизофренией, более корректно говорить о нарушении (снижении, ослаблении) регуляции процессов обработки информации в целом. В современных исследованиях (Коробова Е.Л., 2007; Петрова Н.Н., Задвинский В.Ю., 2007) рассматривается изменение стилевых особенностей когнитивной сферы в результате длительного течения шизофренического процесса. Однако, учитывая возможность и необходимость осуществления психокоррекционных мероприятий уже на начальном этапе заболевания, представляется перспективным проверить гипотезу о связи измененных когнитивных стилей с уровнем социальной адаптации пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении.

Все вышеизложенное определило актуальность темы настоящей работы, направленной на изучение психологических (прежде всего, личностных и когнитивных) факторов социальной адаптации на инициальном этапе параноидной шизофрении.

В свете сказанного **цель исследования:** определить роль когнитивных изменений и личностных особенностей как факторов социальной адаптации на инициальной стадии параноидной шизофрении.

Для достижения поставленной цели были поставлены **задачи исследования:**

1. Разработать методику комплексной оценки социальной адаптации пациентов на инициальной стадии параноидной шизофрении.

2. Экспериментально исследовать особенности когнитивной сферы, в том числе, когнитивные стили как обобщенные особенности восприятия и мышления, отражающие уровень регуляции процесса обработки информации у больных параноидной шизофренией на инициальном этапе заболевания в сравнении с аналогичными показателями психически здоровых лиц.

3. Изучить специфику «расщепления» полюсов когнитивного стиля на инициальном этапе параноидной шизофрении в соответствии с концепцией когнитивного стиля как квадрупольного измерения; иными словами, определить, какие из выделенных в рамках названной концепции когнитивно-стилевых субгрупп представлены на инициальном этапе параноидной шизофрении.

4. Исследовать личностные особенности, включая характеристики защитного, совладающего со стрессом и фрустрационного поведения пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении в сравнении с соответствующими особенностями психически здоровых лиц.

5. Проанализировать взаимосвязи изученных когнитивных характеристик между собой и с уровнем социальной адаптации.

6. Выявить взаимосвязи изученных когнитивных характеристик на инициальном этапе параноидной шизофрении и особенностей защитного, совладающего со стрессом и фрустрационного поведения.

7. Путем применения соответствующих методов математической статистики определить прогностическую значимость изученных индивидуально-личностных характеристик.

8. На основе полученных результатов сформулировать практические рекомендации по организации психодиагностической и психокоррекционной работы с пациентами на инициальной стадии параноидной шизофрении.

**Объект исследования:** когнитивная сфера, личностные особенности и социальная адаптация пациентов, страдающих параноидной шизофренией.

**Предмет исследования:** характеристики когнитивных стилей как обобщенные особенности восприятия и мышления, отражающие уровень регуляции процесса обработки информации; показатели внимания, кратковременной и оперативной памяти, особенности актуализации знаний на основе прошлого опыта; личностные особенности, характеристики защитного, совла-

дающего со стрессом и фрустрационного поведения, а также эффективность социальной адаптации.

#### **Гипотезы исследования:**

1. На инициальном этапе параноидной шизофрении и в условиях психического здоровья существуют различия в когнитивно-стилевом функционировании, отражающие обусловленные заболеванием изменения регуляции интеллектуальных процессов.

2. Пациенты на инициальном этапе параноидной шизофрении и психически здоровые обследуемые обнаруживают различия в личностных особенностях, а также в характеристиках защитного, совладающего со стрессом и фрустрационного поведения.

3. Имеется взаимосвязь между особенностями когнитивной сферы, особенностями защитного, совладающего со стрессом, фрустрационного поведения и уровнем социальной адаптации.

**Методологическая база исследования** представлена основными положениями биопсихосоциальной концепции психической патологии (Perris С.А., 2002; Вид В.Д., 2008); базовыми принципами когнитивно-поведенческого подхода к исследованию психических процессов (Величковский Б.М., 2006), концепцией психической адаптации человека (Березин Ф.Б., 1988) основными положениями качественного и личностного подходов к психологическому изучению патологии психики (Зейгарник Б.В., 1962; Зейгарник Б.В., 1971); концепцией психопатологического диатеза (Коцюбинский А.П. с соавт., 2004; Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 2011).

**Теоретическая основа исследования** представлена концепцией когнитивных стилей как обобщенных особенностей восприятия и мышления, отражающих уровень регуляции процессов обработки информации и особенности построения ментальных репрезентаций реальности (степень их объективированности) (Холодная М.А., 2004). В разработке направлений психокоррекционной работы мы опирались на основополагающие положения концепции реабилитации психически больных и комплексного биопсихосоциального подхода к лечению и реабилитации пациентов с нервно-психическими заболеваниями (Кабанов М.М., 2001).

#### **Научная новизна исследования.**

1. Впервые проведено комплексное экспериментально-психологическое исследование когнитивной сферы (включая особенности когнитивных стилей как обобщенных особенностей восприятия и мышления, отражающих специфику регуляции процессов обработки информации), а также личностных особенностей, включая структуру защитного, совладающего со стрессом и фрустрационного поведения пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении, демонстрировавших различные уровни социальной адаптации.

2. Впервые выявлены специфические для пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении изменения в соотношении типов когнитивно-стилевых предпочтений, в частности,

наличие фиксированной полезависимости и полenezависимости, ригидности в сочетании с неинтегрированностью интеллектуального контроля, преобладание импульсивности в принятии решений, сочетания избыточной детализации и сверхобобщения в решении классификационных задач. Указанные особенности имеют достоверную связь с уровнем социальной адаптации пациентов.

3. Установлены характерные для пациентов на начальном этапе параноидной шизофрении взаимосвязи между обусловленными заболеванием когнитивными изменениями и особенностями защитного, совладающего со стрессом и фрустрационного поведения.

4. Впервые с использованием методов многомерного статистического анализа выявлены психологические характеристики, наиболее значимые для достижения приемлемого уровня социальной адаптации в условиях психического здоровья.

5. Получены новые данные о прогностической информативности ряда изученных индивидуально-психологических особенностей мышления и личности пациентов на начальном этапе параноидной шизофрении в отношении сохранения удовлетворительной социальной адаптации.

**Теоретическая значимость исследования.** Результаты настоящего исследования дополняют имеющиеся сведения об интеллектуальном и личностном функционировании больных параноидной шизофренией и уточняют существующие представления о структурном своеобразии познавательных процессов при данном заболевании (патопсихологический симптомокомплекс). Данные о соотношении когнитивно-стилевых подгрупп пациентов на начальном этапе параноидной шизофрении позволяют дополнить и расширить концепцию квадриполярной природы когнитивно-стилевых характеристик как обобщенных типологических особенностей восприятия и мышления за счет включения в данную концепцию и клинико-психологических аспектов. Результаты проведенного экспериментального исследования могут рассматриваться в качестве теоретической основы психокоррекционных мероприятий, направленных на стимуляцию социальной активности, тренировку коммуникативных навыков (в том числе, социальной перцепции и социального познания), коррекцию неэффективных и дезадаптивных форм защитного и совладающего со стрессом и фрустрационного поведения.

**Практическая значимость исследования.** Внедрение результатов настоящего исследования в практику будет способствовать более точной патопсихологической диагностике, корректному и индивидуализированному определению путей психологической коррекции в работе с больными параноидной шизофренией, что, в свою очередь, должно повысить результативность полипрофессионального метода лечения и качество социальной адаптации данной категории пациентов психиатрических клиник. Кроме этого, полученные данные о прогностической информативности ряда личностных и когнитивных характеристик на начальном этапе пара-

ноидной шизофрении позволят сделать обоснованные предположения о характере социальной адаптации в процессе дальнейшего развития заболевания, что, в свою очередь, предоставит возможность осуществлять направленную психологическую коррекцию нарушений социального функционирования пациентов, страдающих параноидной шизофренией. Материалы исследования могут использоваться в процессе профессиональной подготовки и переподготовки клинических психологов.

**Методы исследования.** Были использованы клинико-психологический, экспериментально-психологический и статистический методы исследования. Клинико-психологический метод был направлен на изучение основных социально-демографических, клинических и клинико-психологических характеристик пациентов; также была реализована процедура экспертной оценки лечащими врачами уровня социальной адаптации обследованных пациентов. Экспериментально-психологический метод был направлен на комплексное изучение различных аспектов когнитивной сферы, личностных особенностей и уровня социальной адаптации пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении. Всего было использовано 13 психодиагностических методик, включавших патопсихологические пробы, проективный тест, методики оценки когнитивных стилей и стандартизированные личностные опросники. Статистический метод был направлен на математико-статистическую обработку результатов исследования.

#### **Положения диссертации, выносимые на защиту.**

1. На инициальном этапе параноидной шизофрении установлена прогностическая значимость низкой выраженности личностных особенностей, оцениваемых шкалой истерии и высокой активности копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» в отношении вероятности сохранения удовлетворительной социальной адаптации с течением заболевания. Также при параноидной шизофрении вероятность сохранения удовлетворительной социальной адаптации выше, если на начальных стадиях заболевания выражена тенденция к использованию категориальных критериев анализа, имеется большая самостоятельность в разрешении конфликтных ситуаций при меньшем количестве безобвинительных фрустрационных реакций.

2. На инициальном этапе параноидной шизофрении наиболее существенное влияние на формирование удовлетворительного уровня социальной адаптации оказывают следующие индивидуально-психологические особенности: высокая продуктивность механического запоминания, полезависимость, высокая точность анализа информации, широта диапазона эквивалентности, низкая выраженность личностных черт, оцениваемых шкалами ипохондрии, истерии, психопатии и паранойяльности, активность МПЗ «замещение» и «реактивные образования» при низкой напряженности МПЗ «регрессия», склонность к совладающему поведению в форме положительной переоценки проблемной ситуации, а также к экстрапунитивному, интропунитив-



ному и потребностно-настойчивому фрустрационному реагированию при нечастой актуализации объект-доминантных реакций в ситуациях фрустрации.

**Достоверность результатов исследования** обеспечена использованием научно-обоснованной теоретической и методологической базы экспериментального исследования, его рациональной организацией, репрезентативностью выборки, применением надежных и валидных психодиагностических методик, использованием соответствующих целям исследования статистических методов обработки полученных данных.

**Апробация работы.** Результаты проведенного исследования были представлены и обсуждены на заседании кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», а также в рамках ряда всероссийских научно-практических конференций: 1. Юбилейная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии», посвященной 90-летию кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Саратовского государственного медицинского университета (Саратов, Россия, 16-17 мая 2013 года); 2. Российская научная конференция с международным участием «Психиатрия: дороги к мастерству» (Ростов-на-Дону, Россия, 5 июня 2013 года); 3. Российская научно-практическая конференция «Адаптация больных шизофренией» (Томск, 9 октября 2013 года); 4. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии» (Саратов, Россия, 21 марта 2014 года); 5. Межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы профилактики, диагностики, терапии и реабилитации психических расстройств» (Барнаул, Россия, 22-23 мая 2014 года); 6. Четвертая международная научно-практическая конференция «Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии» (Оренбург, Россия, 23-24 октября 2014 года); 7. Всероссийская с международным участием научно-практическая конференция «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии» (Саратов, Россия, 13 марта 2015 года).

Результаты данного исследования используются в психодиагностической и психокоррекционной работе медицинских психологов ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2» и в учебном процессе на факультете клинической психологии ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ для подготовки лекционных и практических занятий по учебной дисциплине «Введение в клиническую психологию».

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 24 работы, из них 4 – в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК для публикации результатов диссертационных исследований.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, списка литературы и приложений. Текст диссертации изложен на 260 страницах, содержит 58 таблиц, 13 рисунков и 6 приложений с образцами применяемых методик и анкет. Список литературы содержит 450 источников, из них русскоязычная и переводная литература – 262 источника; литература на иностранных языках – 188 источников.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Во введении** обосновывается актуальность проблемы, определяются цель, задачи, объект, предмет и гипотезы исследования; характеризуются методологические и теоретические основы исследования, раскрывается степень разработанности проблемы, ее научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, формулируются положения, выносимые на защиту, а также приводятся сведения об апробации работы.

**В главе 1 «Общепсихологические аспекты социальной адаптации и специфика этого понятия в патопсихологии»** анализируются психологические аспекты термина «адаптация», на литературном материале раскрывается понятие «социальная адаптация», показана роль механизмов психологической защиты, совладающего и фрустрационного поведения в процессе социальной адаптации личности. Проведен анализ литературы, посвященной социальной адаптации при шизофрении; приведены литературные данные о когнитивных нарушениях при данном психическом расстройстве, описаны особенности защитного и совладающего со стрессом поведения при шизофрении. На разностороннем литературном материале обосновано положение о преморбидной измененности психической сферы пациентов, страдающих шизофренией, как факторе повышенной уязвимости к стрессовым воздействиям и предрасположенности к развитию психического заболевания. Проанализированы основные проблемы и дискуссионные вопросы когнитивно-стилевых исследований. Проведен анализ литературных данных о когнитивно-стилевых особенностях при шизофрении.

**В главе 2 «Организация исследования»** приведена характеристика выборки, подробно описаны методы получения и обработки эмпирических данных.

**Материал исследования.** Экспериментальную группу составили 80 пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения» в возрасте от 18 до 39 лет (средний возраст –  $32 \pm 6,23$  года). Все пациенты на момент проведения обследования находились на стационарном лечении в общепсихиатрических отделениях. Отбор пациентов для участия в исследовании проводился на основании совокупности следующих критериев:

1) наличие клинического диагноза «шизофрения, параноидная форма», установленного в соответствии с диагностическими критериями рубрики F20.0 «параноидная шизофрения» МКБ-10;

2) длительность заболевания со времени начала первого психотического эпизода до момента проведения обследования – не более 1 года;

3) подтвержденное лечащим врачом состояние стойкой лекарственной ремиссии, то есть отсутствие на момент обследования продуктивной психотической симптоматики на фоне наличия специфичных для шизофрении эмоционально-личностных изменений различной степени выраженности;

4) отсутствие (по заключению лечащего врача) признаков побочного действия принимаемых пациентом психотропных лекарственных препаратов;

5) отсутствие коморбидных расстройств, в том числе органического поражения головного мозга, независимо от его этиологии и степени выраженности когнитивного снижения по органическому типу;

6) наличие добровольного информированного согласия на участие в исследовании в сочетании с достаточной мотивацией и адекватным отношением к выполнению предложенных психологических методик;

7) отсутствие возражений лечащего врача в связи с включением пациента в исследование.

Кроме этого, всем пациентам была разъяснена возможность в любой момент отказаться от участия в исследовании. В экспериментальную группу не были включены пациенты, у которых первый эпизод психического заболевания (шизофрении) характеризовался полиморфной или, напротив, стертой психотической симптоматикой.

Группу сравнения составили 50 психически здоровых лиц в возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст –  $29 \pm 6,63$  лет). По возрастным характеристикам и половому составу группа сравнения была сопоставима с экспериментальной группой.

Характеристика исследованных групп обследуемых по полу и уровню образования представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Состав выборок по полу и уровню образования

Группа обследуемых	Пол		Уровень образования		
	мужской	женский	высшее (неоконченное высшее)	среднее специальное	общее среднее
Экспериментальная группа (n = 80)	41	39	31 (38,75%)	34 (42,5%)	15 (18,75)
Группа сравнения (n = 50)	25	25	18 (36 %)	21 (42 %)	11 (22 %)

В таблице 2 представлена характеристика семейного положения обследуемых групп сравнения и экспериментальной группы.

Таблица 2 – Характеристика семейного положения обследуемых исследованных групп

Семейное положение	Экспериментальная группа (n = 80)	Группа сравнения (n = 50)
Не состоит в браке, детей нет	28 (35%)	7 (14%)
Состоит в браке, детей нет	2 (2,5%)	5 (10%)
Состоит в браке, есть дети	18 (22,5%)	25 (50%)
Брак расторгнут, общий ребенок живет с обследуемым	14 (17, 5)	9 (18%)
Брак расторгнут, общий ребенок живет другим родителем	12 (15%)	4 (8%)
Сожительство, есть дети	2 (2,5%)	-
Сожительство, детей нет	2 (2,5%)	-
Мать-одиночка	2 (2,5%)	-

**Методы исследования.** Клинико-психологический метод предполагал изучение медицинской документации, проведение клинической беседы и внешнего наблюдения, а также получение экспертной оценки уровня социальной адаптации по разработанной нами шкале. В процессе разработки шкалы социальной адаптации были учтены уровень образования, круг социальных контактов, семейное положение обследуемых, характер профессиональной (трудовой) деятельности, особенности межличностных отношений в семейном и профессиональном окружении, а также наличие хронических заболеваний и ограничений жизнедеятельности. Для осуществления экспертной оценки социальной адаптации обследуемых экспериментальной

группы привлекались врачи-психиатры, курирующие пациента в период проведения исследования.

Экспериментально-психологический метод состоял в проведении многостороннего патопсихологического исследования для определения характеристик протекания нарушенных познавательных процессов, когнитивно-стилевых особенностей, личностных характеристик, специфики защитного, совладающего со стрессом и фрустрационного поведения и уровня социальной адаптации. Всего было использовано 13 психодиагностических методик: патопсихологические пробы: «таблицы Шульте», «10 слов», «четвертый лишний», «сравнение понятий» (Рубинштейн С.Я., 2004; Блейхер В.М., 2006); методика «Включенные фигуры» (Gottschaldt К.В., 1926), методика «Словесно-цветовая интерференция» (Stroop J.R., 1992), методика «Сравнение похожих рисунков» (Kagan J., 1966), методика «Свободная сортировка» (Gardner R.W. et al., 1959) в модификации В.А. Колги (Колга В.А., 1986), стандартизированные опросники: методика «Индекс жизненного стиля» (Plutchik R., Kellerman H., 1979; Вассерман Л.И. с соавт., 2005); методика «Стратегии совладающего поведения» (Lazarus R.S., Folkman S., 1984; Вассерман Л.И. с соавт., 2009); тест фрустрационных реакций (Rosenzweig S., 1945; Тарабрина Н.В., 1973, Яньшин П.В., 2004); многоуровневый опросник «Адаптивность» (Маклаков А.Г., Чермянин С.В., 1993); опросник социально-психологической адаптации (Rogers C.R., Dymond R., 1954; Осницкий А.К., 2004).

Статистический метод исследования включал различные виды статистического анализа: многомерный двухфакторный дисперсионный анализ, факторный анализ, корреляционный анализ (использовался коэффициент  $r$ -Пирсона), кластерный анализ, дискриминантный анализ и множественный регрессионный анализ; были использованы также критерий  $\chi^2$ -Пирсона для анализа таблиц сопряженности, критерии Манна-Уитни и Крускала-Уоллиса.

**В главе 3 «Результаты психологического исследования пациентов на начальном этапе параноидной шизофрении»** описаны данные эмпирического исследования социальной адаптации, когнитивной сферы, особенностей личности и характеристик защитного, совладающего со стрессом и фрустрационного поведения на начальном этапе параноидной шизофрении в сопоставлении с соответствующими показателями психически здоровых лиц.

**В параграфе 3.1. «Результаты психологического исследования общих закономерностей социальной адаптации на начальном этапе параноидной шизофрении»** показано снижение возможностей социальной адаптации в подгруппе пациентов на начальном этапе параноидной шизофрении, что проявляется менее позитивным отношением к себе ( $p < 0,001$ ) и к своему социальному окружению ( $p < 0,001$ ), недостаточной активностью личностной позиции ( $p < 0,001$ ) в сочетании с внешним локусом контроля ( $p < 0,001$ ). Для пациентов характерны также: сниженная способность регулировать свое взаимодействие с социальной средой ( $p < 0,001$ ),

затруднения в межличностном общении ( $p < 0,001$ ) и недостаточно полное понимание требований непосредственного социального окружения ( $p < 0,001$ ).

**В параграфе 3.2. «Результаты экспериментально-психологического исследования когнитивных факторов социальной адаптации на инициальном этапе параноидной шизофрении»** описаны данные эмпирического исследования когнитивной сферы пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении в сопоставлении с соответствующими показателями психически здоровых лиц. В таблице 3 представлены статистически достоверные различия по изученным показателям когнитивного функционирования в группе сравнения и экспериментальной группе.

Таблица 3 - Статистически значимые различия показателей когнитивной сферы в группе сравнения и в экспериментальной группе

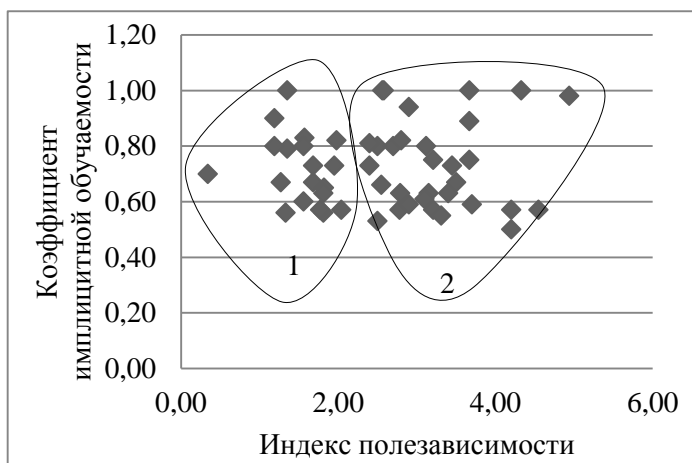
Переменные	Экспериментальная группа (n=80)	Группа сравнения (n=50)
	M±m	M±m
Среднее время просчета таблиц Шульце	55,12±1,61	42,12±0,46***
Среднее значение по 5 пробам методики «10 слов»	6,79±0,11	8,72±0,04**
Показатель отсроченного воспроизведения (методика «10 слов»)	5,67±0,21	8,98±0,13***
Коэффициент стандартности	0,61±0,02	0,92±0,01***
Методика «Фигуры Готтшальдта»		
Индекс полезависимости	2,30±0,11	2,6±0,14*
Коэффициент имплицитной обучаемости (показатель повторного тестирования)	-0,3±0,04	0,73±0,02***
Методика «Словесно-цветовая интерференция»		
Показатель ригидности / гибкости контроля	82,99±4,91	63,60±2,83**
Показатель интегрированности словесно-речевого и сенсорно-перцептивного способов обработки информации	1,45±0,03	1,19±0,02***
Методика «Сравнение похожих рисунков»		
Общее количество ошибок	8,89±0,22	2,58±0,19***
Среднее латентное время первого ответа, с	20,33±1,68	32,32±1,56***
Эффективность произвольного контроля	-0,41±0,03	0,77±0,02***
Методика «Свободная сортировка объектов»		
Количество выделенных групп	7,18±0,63	5,46±0,19*
Коэффициент категоризации	0,53±0,04	0,86±0,01***

М – среднее арифметическое значение;  
m – ошибка среднего арифметического;  
\* - уровень значимости различий  $p < 0,05$ ;  
\*\* - уровень значимости различий  $p < 0,01$ ;  
\*\*\* - уровень значимости различий  $p < 0,001$ .

Проанализированы половые и возрастные характеристики когнитивного функционирования обследуемых группы сравнения и экспериментальной группы, а также особенности когнитивной сферы в зависимости от длительности заболевания (для пациентов) и уровня социальной адаптации. Подгруппы пациентов, различающиеся по уровню социальной адаптации, были сформированы на основании экспертной оценки. В первую подгруппу были включены 39 пациентов (21 женщина, 18 мужчин), характеризующихся удовлетворительным уровнем социальной адаптации. Вторую подгруппу составили пациенты со сниженными адаптационными возможностями (41 человек, из них 18 женщин, 23 мужчины). Оценка достоверности различий между описанными подгруппами пациентов показала, что относительно адаптированные пациенты, по сравнению с низкоадаптированными, обнаруживают более устойчивую концентрацию внимания ( $p < 0,05$ ), характеризуются более высокой продуктивностью механической памяти ( $p < 0,01$ ), в том числе, и по результатам отсроченного воспроизведения ( $p < 0,05$ ), а также обнаруживают более высокую точность анализа информации ( $p < 0,01$ ), формируют более широкие обобщения ( $p < 0,05$ ) и при этом чаще используют категориальные (обобщенные) признаки для анализа информации ( $p < 0,001$ ).

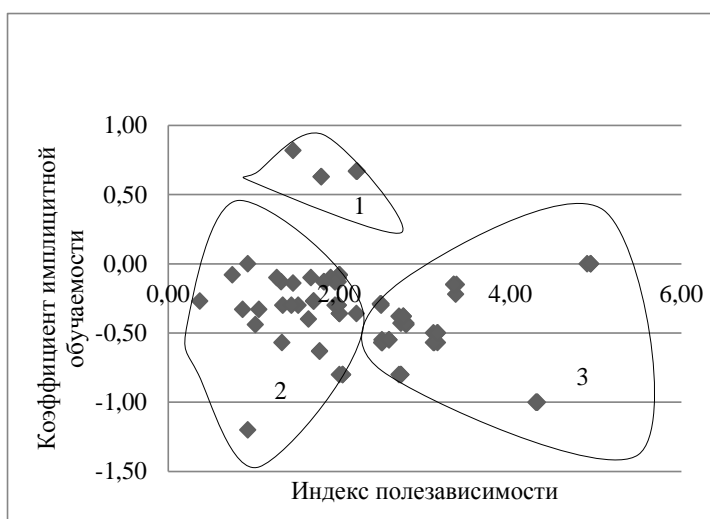
Также в параграфе 3.2. описана и проанализирована факторная структура когнитивных характеристик в исследованных группах. Показаны взаимосвязи между когнитивно-стилевыми показателями и характеристиками защитного, совладающего со стрессом и фрустрационного поведения на инициальном этапе параноидной шизофрении в сопоставлении с соответствующими показателями психически здоровых лиц.

**В параграфе 3.3. «Кластерный анализ когнитивно-стилевой сферы на инициальном этапе параноидной шизофрении и в условиях психического здоровья»** приведено описание выделенных в группе сравнения и экспериментальной группе когнитивно-стилевых подгрупп по каждому из изученных когнитивных стилей. Так, графическое изображение кластеров по стилю «полезависимость / полenezависимость» в группе сравнения и в экспериментальной группе представлено на рисунках 1 и 2 соответственно.



1 – мобильная полезависимость;  
2 – мобильная полenezависимость.

Рисунок 1 - Графическое изображение кластеров по когнитивному стилю «полезависимость / полenezависимость» в группе сравнения.



1 – мобильная полезависимость;  
2 – фиксированная полезависимость;  
3 – фиксированная полenezависимость.

Рисунок 2 - Графическое изображение кластеров по когнитивному стилю «полезависимость / полenezависимость» в экспериментальной группе.

В таблице 4 представлены когнитивно-стилевые субгруппы, выделенные в группе сравнения и экспериментальной группе по когнитивному стилю «ригидный / гибкий интеллектуальный контроль».



Таблица 4 - Когнитивно-стилевые подгруппы по параметру «ригидность / гибкость интеллектуального контроля»

Группы обследуемых	Когнитивно-стилевые подгруппы							
	ригидные и интегрированные		ригидные и неинтегрированные		гибкие и интегрированные		гибкие и неинтегрированные	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
группа сравнения (n=50)	5 (10%)	5 (10%)	-	-	7 (14%)	10 (20%)	13 (26%)	11 (22%)
экспериментальная группа (n=80)	-	-	25 (31,25%)	27 (33,75%)	-	-	16 (20%)	12 (15%)

Как показано в таблице 4, по когнитивно-стилевому параметру «ригидный / гибкий интеллектуальный контроль» в группе сравнения выделены три подгруппы. Подгруппу «ригидных и интегрированных» составили 10 человек (из них 5 мужчин); они характеризуются медленным выполнением конфликтной карты в тесте Струпа, поскольку актуализируют дополнительные умственные усилия для «разделения» своих вербальных и сенсорных реакций. В подгруппу «гибких и интегрированных» включены 17 человек (из них – 7 мужчин); для этой подгруппы характерны гибкость интеллектуального контроля и интегрированность словесно-речевого и сенсорно-перцептивного способов обработки информации. Подгруппу «гибких и неинтегрированных» (или нечувствительных к когнитивному конфликту) составили 24 человека (из них – 13 мужчин), характеризующихся быстрым выполнением конфликтной карты в методике Струпа на фоне нечувствительности к когнитивному конфликту и низкой интегрированности словесно-речевых и сенсорно-перцептивных способов обработки информации («гибкие и неинтегрированные» или «неинтегрированные»). В экспериментальной группе было выделено 2 подгруппы. Подгруппу «ригидных и неинтегрированных» составили 52 пациента (из них – 25 мужчин), характеризующихся ригидностью интеллектуального контроля и низкой интегрированностью словесно-речевого и сенсорно-перцептивного способов обработки информации. В подгруппу «гибких и неинтегрированных» (нечувствительных к когнитивному конфликту) включены 28 человек (из них – 16 мужчин), характеризующихся быстрым выполнением конфликтной карты в методике Струпа на фоне нечувствительности к когнитивному конфликту и низкой интегрированности словесно-речевых и сенсорно-перцептивных способов обработки информации.

В таблице 5 представлены когнитивно-стилевые субгруппы, выделенные в группе сравнения и экспериментальной группе по когнитивному стилю «импульсивность / рефлексивность».

Таблица 5 - Когнитивно-стилевые подгруппы по параметру «импульсивность / рефлексивность»

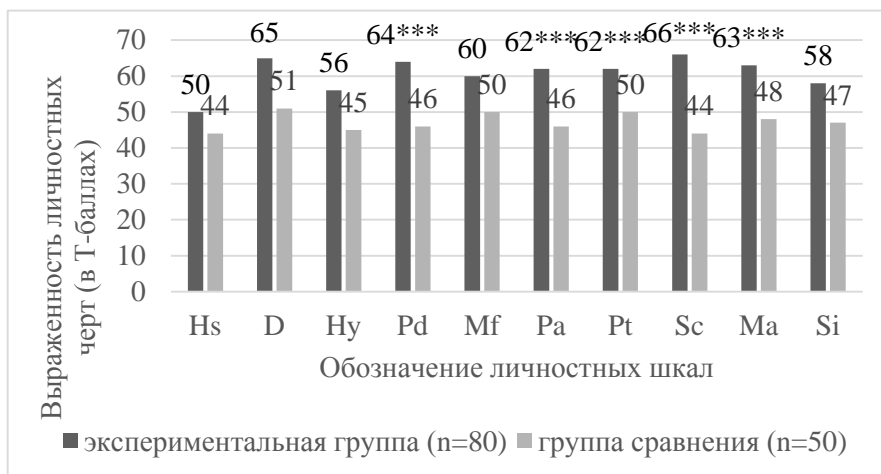
Группы обследуемых	Когнитивно-стилевые подгруппы							
	импульсивные		быстрые и точные		медленные и неточные		рефлексивные	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
группа сравнения (n=50)	8 (16%)	7 (14%)	1 (2%)	8 (16%)	7 (14%)	5 (10%)	9 (18%)	5 (10%)
экспериментальная группа (n=80)	35 (43,8%)	23 (28,8%)	-	-	6 (7,5%)	16 (20%)	-	-

Как показано в таблице 5, по когнитивному стилю «импульсивность / рефлексивность» в группе сравнения представлены четыре подгруппы обследуемых. В подгруппу «импульсивных» (то есть «быстрых и неточных») входят 15 человек (из них – 8 мужчин), подгруппу «быстрых и точных» образуют 9 человек (из них – 1 мужчина), в подгруппу «медленных и неточных» были включены 12 человек (из них – 7 мужчин), подгруппу «рефлексивных» (то есть «медленных и точных») составили 14 человек (из них – 9 мужчин). В экспериментальной группе выделены лишь две подгруппы. В подгруппу «импульсивных» были включены 58 пациентов (из них 35 мужчин), а подгруппу «медленных и неточных» составили 22 пациента (из них 6 мужчин).

Дана сравнительная характеристика упомянутых подгрупп отдельно в группе сравнения и в экспериментальной группе. Показан адаптивный потенциал выявленных когнитивно-стилевых особенностей.

**В параграфе 3.4. «Результаты экспериментально-психологического исследования личностных факторов социальной адаптации на инициальном этапе параноидной шизофрении»** приведены данные экспериментального исследования особенностей личности и характеристик защитного, совладающего со стрессом и фрустрационного поведения в группе сравнения и экспериментальной группе.

На рисунке 3 приведены усредненные данные о структуре личности на инициальном этапе параноидной шизофрении в сопоставлении с аналогичными характеристиками психически здоровых лиц.



\*\*\* - уровень значимости различий  $p < 0,001$

Рисунок 3 – Степень выраженности личностных особенностей в исследованных группах больных параноидной шизофренией и психически здоровых лиц

Показаны также половые и возрастные особенности структуры личности в группе сравнения и экспериментальной группе, а также особенности структуры личности в зависимости от длительности заболевания (для обследуемых экспериментальной группы). Дана общая характеристика защитного, совладающего со стрессом и фрустрационного поведения в группе сравнения и в экспериментальной группе. Показаны особенности защитного, совладающего со стрессом и фрустрационного поведения в зависимости от пола, возраста (для группы сравнения и экспериментальной группы), длительности заболевания и психологических показателей социальной адаптации на инициальном этапе параноидной шизофрении (для экспериментальной группы).

**В параграфе 3.5. «Прогностическая значимость изученных психологических характеристик в отношении снижения социальной адаптации при параноидной шизофрении»** методами математико-статистического анализа эмпирических данных определены психологические характеристики, наиболее значимые для достижения приемлемого уровня социальной адаптации при параноидной шизофрении, в сопоставлении с аналогичными данными для психически здоровых лиц.

Так, по данным дискриминантного анализа, на инициальном этапе параноидной шизофрении показана прогностическая значимость ряда индивидуально-личностных характеристик. Так, чем меньше выражены демонстративные личностные особенности (стандартизированный коэффициент канонической функции – (-1,132)) и чем выше склонность к совладающему поведению в форме поиска социальной поддержки (стандартизированный коэффициент канонической функции - 0,818), тем выше вероятность сохранения удовлетворительной социальной

адаптации в условиях параноидной шизофрении. Также при параноидной шизофрении вероятность сохранения удовлетворительной социальной адаптации выше, если на начальных стадиях заболевания выражена тенденция к использованию категориальных критериев анализа (стандартизированный коэффициент канонической функции - 0,508), больше самостоятельность в разрешении конфликтных ситуаций (стандартизированный коэффициент канонической функции - 0,570) при меньшем количестве безобвинительных фрустрационных реакций (-0,524). При этом 87,5 % наблюдений (90,2% - в случае пациентов с низкой социальной адаптацией, 84,6 % - в случае пациентов с удовлетворительной социальной адаптацией) классифицированы на основании значений канонической функции в соответствии с исходным распределением.

По данным множественного регрессионного анализа, в условиях психического здоровья для достижения приемлемого уровня социальной адаптации наиболее значимы высокая концентрация внимания ( $\beta$ -коэффициент – (-0,330);  $p < 0,01$ ), активность копинг-стратегии «дистанцирование» (0,332;  $p < 0,01$ ) и высокий уровень эмоционального комфорта (0,243;  $p < 0,05$ ).

На инициальном этапе параноидной шизофрении наиболее существенное влияние на формирование удовлетворительного уровня социальной адаптации оказывают следующие индивидуально-психологические особенности: высокая продуктивность механического запоминания ( $\beta$ -коэффициент - 0,294;  $p < 0,001$ ), полезависимость (-0,448;  $p < 0,001$ ), высокая точность анализа информации (-0,211;  $p < 0,01$ ), широта диапазона эквивалентности (-0,343;  $p < 0,001$ ), активность МПЗ «замещение» (0,169;  $p < 0,05$ ) и «реактивные образования» (0,410;  $p < 0,001$ ), склонность к совладающему поведению в форме положительной переоценки проблемной ситуации (0,146;  $p < 0,05$ ), а также к экстрапунитивному (0,158;  $p < 0,05$ ), интрапунитивному (0,527;  $p < 0,001$ ) и потребностно-настойчивому фрустрационному реагированию (0,443;  $p < 0,001$ ).

Наибольший вклад в снижение социальной адаптации в условиях хронического психического заболевания (параноидной шизофрении) отмечен для высокой выраженности личностных черт, оцениваемых шкалами ипохондрии ( $\beta$ -коэффициент – (-0,242);  $p < 0,01$ ), истерии (-0,534;  $p < 0,001$ ), психопатии (-0,441;  $p < 0,001$ ) и паранойальности (-0,368;  $p < 0,001$ ), а также для напряженности МПЗ «регрессия» (-0,802;  $p < 0,001$ ), высокой склонности к избегающему типу совладающего поведения (-0,178;  $p < 0,01$   $p < 0,01$ ) и объект-доминантному фрустрационному реагированию (-0,293;  $p < 0,001$ ).

**В главе 4 «Обсуждение результатов»** представлено обсуждение результатов диссертационного исследования с привлечением литературных данных. В частности, полученные в исследовании данные подтверждают и развивают положение о характерном для шизофрении нарушении регуляции познавательной деятельности (Вид В.Д., 2008; Ершов Б.Б., 2011), а также о влиянии этих когнитивных нарушений на уровень социальной адаптации (Аведисова А.С., Вериги Н.Н., 2002; Вид В.Д., 2008; Кобзова М.П., 2012). Обнаруженные на инициальном этапе

параноидной шизофрении снижение социальной адаптации и недостаточность соответствующих личностных ресурсов соответствуют концепции психопатологического диатеза (Шейнина Н.С. с соавт., 2008; Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 2011), согласно которой для преморбидного периода психических заболеваний характерна определенная специфика психической сферы, вследствие чего повышается уязвимость индивида к стрессовым воздействиям и снижаются его адаптационные возможности.

**В Заключении** проведено обобщение результатов работы, сформулированы практические рекомендации по организации психодиагностической и психокоррекционной работы на инициальном этапе параноидной шизофрении.

## **ВЫВОДЫ**

1. Пациенты на инициальном этапе параноидной шизофрении, по сравнению с психически здоровыми лицами, обнаруживают статистически значимое снижение возможностей социальной адаптации, что проявляется менее позитивным отношением к себе и к своему социальному окружению, сниженной активностью личностной позиции в сочетании с внешним локусом контроля; для пациентов характерны также затруднения в межличностном общении при недостаточно полном понимании требований непосредственного социального окружения, повышенный уровень ситуативной тревожности и нервно-психического напряжения.

2 В качестве характеристик, позитивно влияющих на качество социальной адаптации обследованной группы пациентов, могут рассматриваться следующие особенности когнитивной сферы: более высокие показатели концентрации и устойчивости внимания, большая продуктивность механического запоминания, в том числе и по результатам отсроченного воспроизведения, полезависимость, нечувствительность к когнитивному конфликту, точность анализа информации, способность к дифференцировке значимых и несущественных перцептивных признаков в сочетании с большей длительностью обработки информации, широкий диапазон эквивалентности, предпочтение категориальных признаков анализа информации.

3. Когнитивно-стилевые особенности пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении характеризуются фиксированной полезависимостью, ригидностью интеллектуального контроля, дезинтеграцией словесно-речевых и сенсорно-перцептивных функций, импульсивностью, узостью диапазона эквивалентности, склонностью опираться на формальные, абстрактно-неопределенные, ситуативные или субъективно-значимые критерии анализа.

4. И в группе сравнения, и в экспериментальной группе сниженным показателям продуктивности познавательной деятельности соответствует более высокая напряженность психологической защиты. Кроме этого, в группе сравнения с высокой напряженностью психологиче-

ской защиты (МПЗ «компенсация») связана когнитивно-стилевая характеристика полнезависимости, отражающая низкую способность к структурированию информации и выделению информативных деталей из контекста. В отличие от этого, на инициальном этапе параноидной шизофрении с высокой напряженностью психологической защиты сочетаются тенденция к полнезависимости, низкая точность зрительного сканирования, склонность в процессе когнитивного поиска отдавать предпочтение формально-неопределенным, субъективным признакам.

5. По сравнению с психически здоровыми обследуемыми, пациенты на инициальном этапе параноидной шизофрении характеризуются большей выраженностью импульсивности, ригидности, тревожности, шизоидности и гипертимности, при этом низкоадаптированные пациенты, по сравнению с относительно высокоадаптированными пациентами, отличаются достоверно более высокими значениями по шкалам ипохондрии, истерии, импульсивности, шизоидности. Обнаружена достоверно более высокая напряженность психологической защиты в целом (за исключением МПЗ «проекция») в экспериментальной группе.

6. В группе пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении отмечается преобладание копинг-стратегий «конфронтация», «дистанцирование», «принятие ответственности», «бегство» при меньшей, в сопоставлении с группой сравнения, выраженности копинг-поведения в форме поиска социальной поддержки и положительной переоценки. При этом копинг-стратегии «поиск социальной поддержки», «планирование решения проблемы» и «дистанцирование» чаще используются пациентами с удовлетворительной социальной адаптацией, а стратегия совладающего поведения «бегство» свойственна пациентам с низким уровнем социальной адаптации.

7. На инициальном этапе параноидной шизофрении показана прогностическая значимость низкой выраженности личностных особенностей, оцениваемых шкалой истерии, и высокой активности копинг-стратегии «поиск социальной поддержки»: чем меньше выражены демонстративные личностные особенности и чем выше склонность к совладающему поведению в форме поиска социальной поддержки, тем выше вероятность сохранения удовлетворительной социальной адаптации в условиях хронического психического заболевания (параноидной шизофрении).

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**1. Куликова О.С. Когнитивные факторы социальной адаптации больных с параноидной формой шизофрении // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. Издательство: Южно-Уральский государственный университет (национальный исследовательский университет) (Челябинск) ISSN: 2071-3053. 2014. №2. С. 109-115. (0,6 п. л.)**

2. Куликова О.С. Когнитивно-стилевые особенности больных шизофренией // Вестник Санкт-Петербургского Университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2014. № 4. С. 101-105. (0,33 п. л.)

3. Куликова О.С. Особенности защитного поведения на инициальном этапе параноидной шизофрении // Вестник ТвГУ. Серия "Педагогика и психология". 2014. № 4. С. 301-308. (0,42 п. л.)

4. Куликова О.С. Когнитивно-стилевые факторы защитного поведения больных шизофренией // Российский психологический журнал. 2014. Том 11. № 4. С. 104-115. (0,93 п.л.)

5. Куликова О.С., Серебрякова Р.О. Некоторые качественные особенности социальной дезадаптации больных шизофренией // Ананьевские чтения – 2013. Психология в здравоохранении: Материалы научной конференции, 22–24 октября 2013 года / Отв. ред. О.Ю. Щелкова. СПб.: Скифия-Принт. 598 с. С. 45-46. (0,1 п. л.)

6. Куликова О.С. Когнитивно–стилевые аспекты социальной адаптации больных шизофренией // Проблемы и перспективы развития науки и образования в XXI веке: сборник научных трудов по материалам Международной заочной научно-практической конференции 18 февраля 2014 г. Липецк, Липецкая областная общественная организация Всероссийского общества изобретателей и рационализаторов, 2014. 226 с. С. 216-217. (0,1 п. л.)

7. Куликова О.С. Когнитивный стиль и социальная адаптация больных параноидной шизофренией // Наука, образование, общество: проблемы и перспективы развития: сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции 28 февраля 2014 г.: в 12 частях. Часть 8; Мин-во обр. и науки РФ. Тамбов: Изд-во ТРОО «Бизнес-Наука-Общество, 2014. 163 с. С. 69-70. (0,1 п. л.)

8. Куликова О.С. Психологическая защита и копинг-стратегии больных с параноидной формой шизофрении // Вопросы образования и науки: теоретический и методический аспекты: сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции 31 мая 2014 г.: в 11 частях. Часть 4. Тамбов: ООО «Консалтинговая компания Юком», 2014. 164 с. С. 87-89. (0,2 п. л.)

9. Куликова О.С. Особенности реагирования в ситуации фрустрации при параноидной форме шизофрении // Современное общество, образование и наука: сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции 30 июня 2014 г.: в 9 частях. Часть 6. Тамбов: ООО «Консалтинговая компания Юком», 2014. 164 с. С. 67-69. (0,1 п. л.)

10. Куликова О.С. Когнитивные стили при параноидной форме шизофрении // Образование и наука: современное состояние и перспективы развития: сборник научных трудов по мате-

риалам Международной научно-практической конференции 31 июля 2014 г.: в 6 частях. Часть 2. Тамбов: ООО «Консалтинговая компания Юком», 2014. 164 с. С. 97-99. (0,13 п. л.)

11. Куликова О.С. Структура защитно-совладающего поведения при параноидной шизофрении // Материалы 4-й международной научно-практической конференции «Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии» / Под ред. проф. В.Г. Будзы, доц. Е.Ю. Антохина, П.О. Бомова. Оренбург, 2014. 150 с. С. 80-83. (0,19 п. л.)

12. Куликова О.С. Когнитивно-стилевые факторы социальной адаптации на инициальном этапе параноидной шизофрении // Наука сегодня [Текст]: сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции, г. Вологда, 24 октября 2014 г.: в 4 частях. Часть 4. Вологда: ООО «Издательский дом Вологжанин», 2014. 112 с. С. 83-85. (0,17 п. л.)

13. Куликова О.С. Особенности копинг-поведения на инициальном этапе параноидной шизофрении // Современные тенденции в образовании и науке: сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции 28 ноября 2014 г.: в 14 частях. Часть 12. Тамбов: ООО «Консалтинговая компания Юком», 2014. 164 с. С. 78-80. (0,13 п. л.)

14. Куликова О.С. Качественные особенности нарушения социальной адаптации больных параноидной шизофренией на инициальном этапе заболевания // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: сборник научных трудов Юбилейной научно-практической конференции, посвященной 90-летию кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Саратовского государственного медицинского университета, вып. 11, Саратов, Россия, 16-17 мая 2013 г. Саратов: Издательство Саратовского медицинского университета, 2013г. 271 с. С. 246-247. (0,1 п. л.)

15. Куликова О.С. Когнитивный стиль как фактор социальной адаптации больных шизофренией // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: сборник научных трудов Юбилейной научно-практической конференции, посвященной 90-летию кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Саратовского государственного медицинского университета, вып. 11, Саратов, Россия, 16-17 мая 2013 г. Саратов: Издательство Саратовского медицинского университета, 2013г. 272 с. С. 132-138. (0,37 п. л.)

16. Куликова О.С. Психологические факторы социальной адаптации больных шизофренией // Психиатрия: дороги к мастерству: материалы Российской научной конференции с международным участием, (Ростов-на-Дону, Россия, 5 июня 2013 года. Ростов-на-Дону, 2013. 1041 с. С. 424-434. (0,53 п. л.)

17. Куликова О.С. Качественные особенности социальной дезадаптации больных шизофренией // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: сборник тезисов XVI научной от-



четной сессии ФГБУ «НИИПЗ СО РАМН» (Томск, 8 октября 2013г.) и Российской научно-практической конференции «Адаптация больных шизофренией» (Томск, 9 октября 2013 года) / под редакцией члена–корреспондента РАМН Н.А. Бохана. Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2013. Вып. 16. 186 с. С. 157-159. (0,2 п. л.)

18. Куликова О.С. Когнитивно-стилевые характеристики и варианты реагирования в ситуациях фрустрации у больных параноидной шизофренией // Психология психических состояний: сб. статей / Под ред. А.О. Прохорова. - Казань: Отечество, 2014. Вып.9. 472 с. С. 452-457. (0,26 п. л.)

19. Куликова О.С. Когнитивный стиль как основа адаптивного поведения больных шизофренией // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: сборник научных трудов, вып. 12. Саратов: Издательство Саратовского медицинского университета, 2014. 363 с. С. 136-145. (0,47 п. л.)

20. Куликова О.С. Предикторы социальной адаптации больных шизофренией // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: сборник научных трудов, вып. 12. Саратов: Издательство Саратовского медицинского университета, 2014г. 363 с. С. 322-324. (0,1 п. л.)

21. Куликова О.С. Психологический аспект системы биопсихосоциальной реабилитации больных шизофренией // Актуальные вопросы профилактики, диагностики, терапии и реабилитации психических расстройств: сборник статей. Барнаул: ИП Колмогоров И.А., 2014. 359 с. С. 158-161. (0,2 п. л.)

22. Куликова О.С. Механизмы психологической защиты и копинг-стратегии как способы адаптивного поведения при параноидной шизофрении // Актуальные вопросы психического здоровья. Выпуск 4 Рязань: РязГМУ, 2014. 200 с. С. 99-103. (0,23 п. л.)

23. Куликова О.С. Особенности защитного и совладающего со стрессом поведения на инициальном этапе параноидной шизофрении // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: сборник научных трудов, вып. 13. Саратов: Издательство Саратовского медицинского университета, 2015. 310 с. С. 74-84. (0,52 п. л.)

24. Куликова О.С. Стилевые характеристики когнитивной сферы при шизофрении как фактор социальной адаптации // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: сборник научных трудов, вып. 13. Саратов: Издательство Саратовского медицинского университета, 2015. 310 с. С. 225-227. (0,14 п. л.)